

Année 1892

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 7 juillet 1892, à 1 heure.

Par E. JULLIEN

Né à Puchay (Eure), le 25 février 1864.

DES PROCÉDÉS D'ABLATION

DES

POLYPES NASO-PHARYNGIENS

Président : M. LE DENTU, professeur.

Juges : MM. GUYON, professeur.

BRUN

NÉLATON

} *agregés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, rue Casimir-Delavigne, 2

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

230

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 7 juillet 1892, à 1 heure.

Par E. JULLIEN

Né à Puchay (Eure), le 25 février 1864.

DES PROCÉDÉS D'ABLATION

DES

POLYPES NASO-PHARYNGIENS

Président : M. LE DENTU, professeur.

Juges : MM. GUYON, professeur.

BRUN

NÉLATON

} *agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, rue Casimir-Delavigne, 2

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TILLAUD.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS.
	SEE (G.).
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT.
	VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.....	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et REGNAULD.

Agrévés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	RIBEMONT-DESSAIGNES.
BAR.	GILBERT.	NÉLATON.	RICARD.
BLANCHARD.	GLEY.	NETTER.	ROBIN (Albert).
BRISAUD.	HANOT.	POIRIER, Chef des tra-	SCHWARTZ.
BRUN.	HUTINEL.	vauts anatomiques.	SEGOND.
CAMPENON.	JALAGUIER.	QUENU.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	KIRMISSON.	QUINQUAUD.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	LETULLE.	RETTÉRE.	WEISS.
DEJERINE.	MARIE.	REYNIER.	

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

DES PROCÉDES D'ABLATION
DES
POLYPES NASO-PHARYNGIENS

AVANT-PROPOS

Ayant eu l'occasion d'assister dans le service de notre excellent maître le Dr Leprévost (du Havre) à l'extirpation d'un polype naso-pharyngien, par un procédé particulier d'ablation totale du maxillaire supérieur, il nous a paru intéressant de publier cette observation, et à cette occasion d'établir un parallèle entre cette méthode et les divers procédés opératoires qui ont été proposés comme opération préliminaire à l'extirpation de ces tumeurs fibreuses.

Dans ce modeste travail, nous n'avons pas eu pour but l'histoire complète du polype naso-pharyngien. Cette affection a été l'objet de nombreux travaux et a soulevé, depuis trente ans, de longues discussions à la Société de chirurgie. Nous avons voulu montrer simplement que la méthode d'ablation du maxillaire, comme voie d'accès au polype naso-pharyngien, tombée en défaveur depuis

quelques années, présente encore des applications bien nettes, dans nombre de cas.

Le procédé particulier que nous décrivons ayant donné également d'excellents résultats, entre les mains de notre maître le D^r Tuffier, nous avons cru bon de faire rentrer dans notre travail deux observations inédites, qu'il a eu la bienveillance de nous communiquer. Ces observations n'ont pas trait il est vrai à l'ablation de polypes naso-pharyngiens, mais nous les avons publiées, pour montrer sur une série un peu plus étendue, les résultats fournis par cette méthode.

A l'occasion de cette thèse, nous tenons à témoigner notre reconnaissance à tous les maîtres éminents qui nous ont dirigé dans nos études médicales.

Qu'il nous soit permis de remercier M. le professeur Tarnier, les docteurs Bazy, Ferrand, Tuffier, Tissier, des excellentes leçons qu'ils nous ont prodiguées.

Assurons de notre gratitude le docteur Leprévost, pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée, et les conseils qu'il a bien voulu nous donner pour l'élaboration de cette thèse.

Que M. le professeur Le Dentu, qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, reçoive l'hommage de notre profonde reconnaissance.

Adressons aussi tous nos remerciements à tous nos maîtres des hôpitaux du Havre.

Pronostic.

Suivant la méthode employée, on peut diviser les tentatives opératoires en deux grandes classes : méthodes simples et méthodes composées.

Méthodes simples. — Quoique ces procédés aient donné d'assez nombreux succès, comme il ne s'agissait en général que de l'extirpation de polypes de petit volume, nous nous contenterons d'en donner une énumération rapide. On a employé successivement : l'exsiccation, le séton, le broiement, l'excision, l'arrachement, la ligature, la compression par des pinces à demeure, la cautérisation, la galvano-caustique thermique, l'électrolyse.

Nous dirons seulement quelques mots du procédé d'arrachement ou de morcellement de la tumeur fibreuse en plusieurs séances.

Mollière (1) a voulu mettre en pratique d'une façon exclusive ce procédé, même pour les polypes de volume assez considérable. Il se base pour cela sur deux faits, dont il a tiré peut-être des conclusions exagérées. Il considère que même après les opérations les plus parfaites et les plus radicales, on observe souvent des récidives. Il s'appuie ensuite sur le fait avancé par Legouest, que si avant la vingtième année, un malade porteur d'un polype naso-pharyngien n'est pas mort, il est

(1) *Lyon médical*, 1887, tome LIV, p. 107.

sûr de guérir par atrophie du néoplasme. Mollière en conclut qu'il faut pour le chirurgien :

1^o Empêcher le malade de mourir par hémorrhagie, en la prévenant par l'ablation aussi large que possible du néoplasme par les voies naturelles, ablation d'autant plus radicale que le sujet sera plus jeune. La vascularité d'un polype (même récidivé) et par suite l'abondance des hémorrhagies est en raison inverse de l'âge du malade ;

2^o Prévenir les désordres que doit occasionner le néoplasme.

A ce propos, Mollière prétend que toutes les opérations préliminaires proposées jusqu'ici, pour arriver à la destruction des polypes naso-pharyngiens, ont pour résultat certain de produire en un jour une des lésions que le polype pourrait produire en plusieurs années.

Cette méthode opératoire prête facilement le flanc à la critique. D'abord la régression du polype à l'âge adulte est un fait malheureusement rare, et secondement le traitement est excessivement long. Mollière cite, en effet, une observation de polype volumineux, ayant amené la disjonction du maxillaire supérieur par prolongement dans la fente ptérygo-maxillaire. Le malade, jeune homme de 26 ans, fut opéré successivement en 1878, 79, 80 et 81 et sortit guéri. A part la lenteur de la méthode, on peut invoquer aussi le danger que peuvent faire courir au malade les hémorrhagies, bien que Mollière dise que tant que les cavités naturelles de la face sont intactes, on peut toujours s'en rendre maître.

Il prétend en outre que l'arrachement du polype naso-

pharyngien, avec l'opinion préconçue de tout enlever, est une opération très dangereuse. Il a observé, dit-il, durant son internat, un cas de mort à la suite d'un arrachement après abaissement du nez, et un deuxième cas du même genre, sans opération préliminaire. Il existait dans ces cas des prolongements intra-crâniens ou des adhérences à la dure-mère. Nous nous bornerons à dire que si ces accidents sont possibles, lors d'une opération avec abaissement du nez, cas où par conséquent la voie d'accès est plus large, ils le sont d'autant plus quand on ne se sert pour arriver sur le polype que des voies naturelles.

Nous sommes d'ailleurs de l'avis de Mollière, sur l'existence des prolongements intra-crâniens ou des adhérences à la dure-mère, que peuvent présenter les polypes les plus petits.

Méthodes composées.

Nous établirons dans cette classe trois grandes subdivisions : 1^o méthode nasale ; 2^o méthode palatine ; 3^o méthode maxillaire.

Vole nasale.

Cette méthode est la plus ancienne, car elle date d'Hippocrate ; employée plus tard par Fallope, Riolan, G. de Salicet, elle a été modifiée ensuite par Dupuytren, Syme, Giralès, Verneuil, Huguier, Chassaignac, Legouest, Bœckel, Von Bruns, etc.

Le procédé le plus simple est celui de l'incision verticale médiane (Verneuil) (1) ou latérale (Legouest) ; on peut y ajouter la section de l'os propre du nez.

Les procédés de ce genre n'ouvrent largement que la fosse nasale et ne permettent d'enlever facilement que des polypes de petit volume et insérés peu profondément.

Pour créer une voie plus large Chassaignac (2) employa deux fois, en 1854 et 1855, un procédé qui, malgré l'avis de Von Bruns (3), constitue la première indication de la méthode de résection temporaire, comme le pro-

(1) BAUDRIMONT, thèse Paris, 1869.

(2) *Traité des opérations chirurgicales*, Paris, 1862, tome II, p. 446 et *Traité de l'écrasement linéaire*, Paris, 1856, p. 427.

(3) *Berl. Klin. Woch.*, 1872, n^o 12, p. 1371.

fesseur Verneuil (1) l'a établi à la Société de chirurgie.

Voici la description de ce procédé :

1^o Incision transversale sur la racine du nez, d'un angle orbitaire à l'autre. 2^o Seconde incision transversale immédiatement au-dessous du nez, d'une aile à l'autre, et incision verticale, le long de la paroi latérale du nez, réunissant les points terminaux correspondants des deux incisions transversales. Détachement des portions cutanées et cartilagineuses du nez, qu'on rabat entièrement sur la joue. Résection des deux os du nez et des portions avoisinantes des deux apophyses montantes du maxillaire supérieur avec la scié à chaîne, après avoir poussé d'une orbite à l'autre un trépan perforateur.

Tirifahy (2) a opéré un polype naso-pharyngien par la résection temporaire de l'auvent nasal, en modifiant le procédé de Chassaignac. Il a conservé les os du nez, en les sciant en biseau, et il a fait autour du nez une incision circulaire, supprimant les angles que donnent nécessairement les trois incisions droites de Chassaignac.

A ce procédé de Chassaignac nous pouvons rattacher celui de Von Bruns (3).

PROCÉDÉ DE VON BRUNS. — D'après l'auteur, c'est une résection temporaire du squelette osseux du nez, qui permet de rabattre, sous forme de lambeau, latéralement le nez, c'est-à-dire les portions osseuses et cartilagineuses unies aux parties molles qui les recouvrent. On peut détacher, suivant les cas, seulement une moitié ou bien

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*, 30 mai 1866.

(2) *Académie de médecine de Belgique*, 1888, séance du 26 mai.

(3) *Loco citato*.

Jullien

le nez tout entier. Dans le premier cas, c'est une résection temporaire de l'apophyse nasale du maxillaire supérieur et de l'os nasal du même côté ; le mouvement de charnière se produit alors au niveau de l'union détruite artificiellement des deux os du nez. Dans le second cas, c'est une résection temporaire de l'apophyse nasale du maxillaire supérieur, de la cloison, et des deux os du nez et le mouvement se produit alors au niveau de l'union de l'os nasal et de l'apophyse nasale du maxillaire supérieur du côté opposé.

Glissons rapidement sur le procédé de Desprez. (1), qui consiste en une incision le long de l'aile du nez et une deuxième incision de la sous-cloison avec section du vomer, et arrivons à Denucé qui a joint à l'incision latérale de Legouest la résection de la paroi antérieure du sinus maxillaire.

PROCÉDÉ DE LANGENBECK (2). — Incision verticale de la racine à la pointe du nez, seconde incision verticale du bord externe de l'aile du nez jusqu'au voisinage de l'angle orbitaire interne. Division à la scie des os sur lesquels tombaient ces incisions, mobilisation du lambeau comprenant l'os nasal et l'apophyse montante du maxillaire supérieur.

PROCÉDÉ DE LAWRENCE (3). — Ce chirurgien rejette le nez temporairement sur le front, au moyen d'une incision cutanée faite des deux côtés du nez, de la région du sac lacrymal, jusqu'à la lèvre supérieure. Il divise

(1) Thèse Paris, 1857.

(2) *Deutsche Klinik*, 1859, n° 48.

(3) *Medic Times*, 1862, vol. II, p. 491.

ensuite les os du nez, les apophyses nasales du maxillaire supérieur et la cloison: —

Nous ne ferons que mentionner les procédés de Gosselin (1), de Billroth (2) et de Linhart (3).

Rouge (4) a décrit également un procédé qui ne laisse pas de cicatrices difformes, mais qui offre le grand désavantage d'ouvrir une voie très étroite.

D'autres chirurgiens, pour obtenir une voie d'accès plus large, ont fait la résection temporaire de la totalité de la pyramide nasale. A cette méthode appartiennent les procédés de Von Bruns et de Langenbeck que nous avons décrits plus haut; nous allons donner quelques détails sur un autre procédé, celui d'Ollier (5).

PROCÉDÉ D'OLLIER. — Ce chirurgien lui a donné le nom d'ostéotomie verticale bilatérale du nez avec renversement de haut en bas.

« Incision en forme de fer à cheval, commençant au niveau du bord postérieur de l'aile du nez à droite, remontant vers le point le plus élevé de la dépression naso-frontale, puis redescendant à gauche par le même chemin jusqu'au niveau du bord postérieur de l'aile du nez. Cette incision va jusqu'à l'os, puis avec une scie à lame étroite on sectionne les os dans la direction de la plaie extérieure. Avec quelques coups de ciseaux, on termine la mobilisation du nez que l'on renverse de haut

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1865, n° 12.

(2) *Archiv. f. Klin. Chir.*, Bd X, p. 106.

(3) *Operationslehre*, p. 491.

(4) *Nouvelle méthode chirurgicale pour le traitement de l'ozène*, Lausanne 1873.

(5) *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 536.

en bas. Pour augmenter le jour il est souvent utile de mobiliser la cloison, soit avec le doigt, soit avec les ciseaux, puis on procède à l'extraction du polype. Cela fait, le nez est relevé et la peau est suturée au moyen de nombreux fils. Après quelque temps, il ne reste de l'opération qu'une cicatrice à peine apparente ».

Un mot en terminant cette énumération des procédés nasaux, sur le procédé de Kœnig.

PROCÉDÉ DE KÖENIG (1). — Il fend le nez d'un côté le long du dos, près de la ligne médiane, suivant qu'on a diagnostiqué un développement de la tumeur plus exagéré à droite ou à gauche. Les lèvres de l'incision nasale sont écartées par des pinces et il enlève la tumeur avec des curettes très grandes et fortes, pas très tranchantes, présentant un très long manche. Ce n'est en somme que le procédé de Verneuil, avec arrachement du polype à l'aide d'un instrument spécial. Ce procédé est simple, rapide, et d'une exécution facile, mais il est aveugle et par suite expose à un désastre, si l'on se trouve en face d'un cas défavorable qu'il n'est pas toujours possible de reconnaître d'avance (Heydenreich) (2).

Ce résumé montre que par ces procédés opératoires, on a recherché tous les moyens possibles de relever, rabattre temporairement tout le nez externe ou une de ses parties. La voie la plus large est fournie par le déplacement de tout le nez, ce qui se fait soit en haut sur le front (Lawrence), soit en bas (Ollier), soit latéralement sur la joue (Chassaignac, Von Bruns).

(1) *Centralblatt für Chirurg.*, 1888, n° 10, p. 177.

(2) *Semaine médicale*, 1888, p. 185.

De ces trois procédés, le plus avantageux est sans contredit celui de Von Bruns qu'il faut attribuer d'ailleurs à Boeckel (1). Ce dernier a réclamé, en effet, la priorité de cette opération en ces termes : « Si je revendique l'invention de ce procédé, je me plais à reconnaître que Von Bruns père, plus favorisé que moi, a été le premier à l'appliquer sur le vivant ».

Pour permettre au lecteur de juger la question, nous allons donner d'après Duc (2) la description du procédé de Boeckel.

PROCÉDÉ DE BOECKEL. — 1^o Incision transversale sur le dos du nez d'un sac lacrymal à l'autre, au-dessous du tendon de l'orbiculaire. Une deuxième incision partant de l'extrémité droite de la première descend dans le sillon naso-génien jusqu'à l'aile du nez qu'elle détache. Une troisième incision divise la sous-cloison à son union avec la lèvre.

2^o Avec un trocart, on perce le nez d'un sac lacrymal à l'autre et on divise les os avec la scie à chaîne dans le sens de la première incision. Un deuxième trait avec la scie à guichet divise les os, dans le sens de l'incision verticale. Section verticale de la cloison des fosses nasales, aussi loin en arrière que possible à la pince de Liston et au bistouri.

3^o Repliement du vaste lambeau, comprenant presque toute la saillie du nez, vers le côté droit en brisant l'apophyse montante de ce côté à sa base, en la saisissant

(1) *Gazette médicale de Strasbourg*, n^o 1, 1872.

(2) Thèse Paris, 1872.

avec une pince ou en la divisant au ciseau par l'intérieur du nez.

4° On extrait les cornets et le reste de la cloison. Le polype enlevé, on refixe le nez par des points de suture. La partie de la cloison conservée et repliée avec le nez empêche l'affaissement; les cicatrices consécutives sont peu visibles.

Dans ce procédé, le pont nutritif qui correspond à toute la hauteur d'une paroi latérale du nez est beaucoup plus large, et par suite bien mieux irrigué que dans les autres procédés; de plus l'espace destiné à l'introduction des instruments dans la cavité nasale ouverte est plus étendu. Il ne présente pas, comme le relèvement du nez en haut, le désavantage particulier de rendre plus difficile le passage vers les portions supérieures de la cavité nasale et le pédicule du polype. Il a aussi l'avantage de laisser moins de traces, on ne remarque de cicatrice que le long d'une des parois latérales du nez, car l'incision faite au-dessous du nez se cicatrise sans presque laisser de traces, tandis que dans les deux autres procédés la cicatrice court des deux côtés du nez.

Le procédé de Chassaignac laisse le nez sans charpente, et produit une difformité désagréable par suite de l'affaissement des parties molles, et de plus une grande gêne respiratoire. Dans le procédé de Lawrence, il y a de grandes chances de mortification du lambeau nasal, par suite du peu de largeur du pédicule qui le rattache au reste de la face. Quant au procédé d'Ollier, la section osseuse a le défaut d'amener inévitablement la section de la partie du polype qui occupe les fosses

nasales, d'où hémorrhagie considérable. L'incision de la peau donne énormément de sang et il reste de plus des cicatrices saillantes et difformes.

Cette méthode nasale présente certains désavantages, quel que soit le procédé qu'on emploie. Elle ne donne pas assez de place pour enlever une tumeur multilobée et ne conduit pas directement sur le point d'insertion du polype. De plus, elle ne peut être proposée comme opération préliminaire générale, pour tous les cas de polype naso-pharyngien, où il est nécessaire de pratiquer une voie artificielle. Elle ne suffit pas pour l'extirpation de ce groupe de polypes naso-pharyngiens appelés par Langenbeck tumeurs rétro-maxillaires, qui réclament la résection totale du maxillaire supérieur.

Cependant dans les cas de polypes naso-pharyngiens de volume petit ou moyen, nous préconiserons l'opération préliminaire de Bœckel, qui présente en résumé les avantages suivants :

1° Création d'un large accès sur le polype, permettant l'introduction commode des instruments.

2° Facilité de l'hémostase après extirpation partielle ou totale du polype.

3° Possibilité de laisser le passage ouvert même pendant plusieurs semaines, soit pour enlever le polype radicalement, soit pour la cautérisation consécutive des points d'insertion.

4° Rapidité de l'opération et technique opératoire facile.

5° Guérison par cicatrice linéaire et sans aucun trouble fonctionnel (Von Bruns).

Voie lacrymale.

Dans notre division des procédés opératoires, nous n'avons pas indiqué cette voie, car nous ne considérons ce procédé que comme sous-groupe de la méthode nasale. Cette intervention a été proposée à la Société de chirurgie, et a fait l'objet d'un rapport du professeur Verneuil dont nous donnerons les conclusions.

Palasciano (1), de Naples, a fait au sujet de cette opération une réclamation de priorité, prétendant l'avoir communiquée déjà au trente-quatrième congrès des naturalistes allemands. M. Verneuil, s'appuyant sur la date à laquelle ces deux opérateurs ont fait leurs interventions a tranché la question, en attribuant la priorité à Rampolla.

Voici quel est ce procédé : 1^o Incision de 2 ou 3 centimètres, pour découvrir le bord interne de la gouttière lacrymale.

2^o Détachement à la rugine du périoste de l'apophyse montante du maxillaire supérieur, décollement du sac lacrymal et du tendon direct de l'orbiculaire. Toutes ces parties sont écartées en dehors, tandis qu'un aide rétracte en dedans la lèvre interne de la plaie.

3^o Perforation au trocart de la paroi interne de la gouttière lacrymale, c'est-à-dire de l'unguis.

4^o Quand le trocart est arrivé au bord inférieur du voile du palais, on conduit par la canule, laissée en place, une bougie flexible armée d'une anse de fil. L'extrémité de la bougie arrivée dans le pharynx est entraînée dans la

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1860, p. 225.

bouche à l'aide d'une pince, elle amène avec elle un des chefs du fil ; l'autre chef est maintenu sur le front par un aide.

5° Cette canule présente une disposition spéciale, elle contient une chaîne, qui peut y rentrer ou en sortir à volonté, fixée sur une tige aplatie en acier flexible. On enlève la canule en laissant le fil en place, et on fixe le chef frontal à la partie moyenne de la chaîne. A l'aide de légères tractions opérées sur le fil, et de poussées exercées sur la tige d'acier de la canule, on fait sortir la chaîne qui se développe en anse dans le pharynx.

6° A l'aide de l'index introduit dans la bouche, on engage l'extrémité libre de la tumeur dans l'anse de la chaîne, et on fait remonter cette dernière jusqu'au pédicule.

7° Ecrasement, puis extraction de la tumeur par la bouche.

Verneuil ne s'associe à l'auteur de la méthode que sur l'opinion qu'il émet de la nécessité absolue d'une opération préliminaire, pour l'extirpation des polypes nasopharyngiens. Il en profite pour insister sur l'inefficacité notoire et la gravité des méthodes simples. Il conclut en disant que l'emploi de l'opération préliminaire ne doit pas souffrir de retard ; elle doit faire partie du premier combat chirurgical qu'on livre au polype.

Le procédé de Rampolla a été battu en brèche par Delore (1), dont nous allons donner les arguments :

(1) *Bulletin thérapeutique*, 1863.

1° On pénètre par l'unguis non dans le méat supérieur, mais dans le moyen.

2° On risque de perforer l'unguis trop bas, ou au niveau de l'insertion du cornet moyen.

3° L'introduction d'instruments rectilignes produit des délabrements étendus de la paroi interne de l'orbite.

4° Dans les manœuvres d'extraction, on peut avoir une fracture de l'ethmoïde, du cornet supérieur, et même un phlegmon orbitaire.

5° Il est beaucoup plus facile d'arriver sur le pharynx par les voies nasales naturelles.

Les résultats opératoires donnés par cette méthode, ne sont d'ailleurs pas brillants. Le polype a récidivé dans les deux cas opérés par Palasciano en 1857, et le malade de Rampolla est mort au quinzième jour.

Valette (1), de Lyon, a fait communiquer par Legouest une opération de polype naso-pharyngien, par le procédé de Manne et le procédé de la voie lacrymale combinés et modifiés. Il pratiqua l'incision du voile du palais sur la ligne médiane, puis une seconde incision au grand angle de l'œil droit, parallèle au rebord orbitaire, avec décollement et refoulement en arrière du sac lacrymal. Perforation de l'unguis avec un trocart, dont on retire ensuite la tige, pour introduire dans la canule une tige d'acier courbée, à laquelle on fixe dans la cavité buccale deux fils entraînant avec eux les extrémités d'un fil métallique, dont l'anse est amenée dans la bouche. On remplace la canule du trocart par la canule d'un

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1860, p. 419.

trocart spécial, qu'on adapte à l'extrémité d'un constricteur. Extirpation.

Ce procédé n'a été heureusement employé qu'une fois ; il s'est produit dans ce cas un phlegmon orbitaire entraînant la perte de l'œil.

Voie palatine.

Cette méthode comprend comme les autres de très nombreux procédés opératoires, nous nous contenterons d'énumérer la plupart d'entre eux, et nous n'entrerons dans quelques détails que pour les principaux.

Cette voie fut proposée et suivie pour la première fois par Manne d'Avignon 1717, qui fit l'incision du voile du palais sur la ligne médiane, pour extirper un polype naso-pharyngien. Garangeot (1) raconte une opération semblable que J. L. Petit fit à Paris, sur un garçon de 12 à 13 ans, quelque temps après l'opération de Manne. Citons ensuite Nannoni (2), Ansiaux (3), Adelman (4), qui ont tous pratiqué l'opération de Manne. Adelman rapporte un cas de polype naso-pharyngien, qui avait déterminé entre autres lésions une perforation de la voûte palatine, ouverture que ce chirurgien agrandit par une incision du voile et qu'il utilisa pour arriver jusqu'à la tumeur.

De même Jarjavay (5) a communiqué un cas analogue de destruction d'une partie de la voûte osseuse palatine, par un polype naso-pharyngien. Ce chirurgien fit

(1) *Opér. de chir.*, tom. III.

(2) *Nessi instituz die Chirurgia*, Venezia, 1887, p. 228.

(3) *Clinique chirurgicale*, tome VIII. Liège, 1816, p. 137.

(4) *Unter suchungen über krankhafte zustände der Oberkieffer höhle*. Dors-trat, 1844.

(5) *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1860, p. 258.

une incision médiane du voile du palais, et cassa avec une spatule les bords amincis de la division osseuse. Fait remarquable, le pédicule du polype ne put être sectionné à l'aide d'aucun instrument, et on dut enlever la tumeur par morceaux.

La méthode de Manne a donné naissance à un autre procédé que Maisonneuve a voulu s'attribuer en 1859. Il s'agit de la boutonnière palatine, faite en respectant la luette et le bord libre du voile du palais, dont l'idée première et l'exécution doivent être attribuées à Diffenbach, 1834. Ce procédé a été mis en pratique par Maisonneuve en 1859, par Faucher (1) dont le malade mourut d'infection purulente, par Huguier, et par Bauchet. Tous ces chirurgiens ont eu pour but principal de laisser intacte la voûte palatine, de respecter le bord libre du voile du palais, et de rendre ainsi plus facile la restauration de cet organe, soit spontanée, soit par staphyloporraphie.

Jobert de Lamballe et avant lui J. L. Petit ont ajouté à l'incision de Manne le détachement des piliers du voile.

En résumé, tous ces opérateurs n'ont touché qu'au voile du palais, en profitant de la division de la voûte palatine, quand elle avait été produite par le polype.

Arrivons maintenant à l'incision du voile du palais avec résection d'une partie de la voûte palatine, opération que Nélaton (2) pratiqua pour la première fois le 27 décembre 1848. Il a divisé l'opération en trois temps :

(1) *Gazette hebdomadaire*, 1859, p. 748.

(2) ROBIN MASSÉ, thèse de Paris, 1864.

1^o Opération préliminaire, consistant dans l'incision du voile du palais et dans la résection partielle de la voûte palatine; 2^o opération fondamentale, destinée à détruire le polype; 3^o opération complémentaire, staphyloporraphie.

Opération préliminaire. — 1^o Traction en avant de la luette, à l'aide d'une pince, incision du voile du palais d'avant en arrière sur la ligne médiane. On prolonge l'incision en avant sous la voûte palatine, en allant jusqu'à l'os. 2^o De chaque côté de l'extrémité antérieure de l'incision de la voûte palatine, on fait une deuxième incision transversale de un centimètre, ce qui forme un T à branches antérieures. Avec une spatule on sépare la muqueuse de la voûte osseuse. 3^o On introduit transversalement la pointe des ciseaux le long du bord supérieur de la voûte; on incise dans l'intervalle qui sépare les deux feuillets du voile dans une étendue de un centimètre à droite et à gauche, en ayant soin de ne pas toucher au feuillet inférieur des deux lambeaux du voile. 4^o On obtient ainsi une espèce de porte à double battant que l'on peut refouler à droite et à gauche, et la voûte palatine se trouve mise à nu. Les lambeaux écartés avec des érignes, on enfonce un perforateur à droite et à gauche, ce qui donne deux trous dans lesquels on introduit une pince de Liston, dont le rapprochement des branches fait éclater la lame osseuse intermédiaire. Très souvent le reste de la voûte palatine se détache sur les parties latérales, et toute cette partie de la voûte tombant, on obtient une vaste perforation, à travers laquelle le regard pénètre dans la partie postérieure des fosses nasa-

les. Il reste encore la muqueuse des fosses nasales et le périoste qui lui est adhérent, on les incise sur la ligne médiane et on relève les deux lambeaux, pour réséquer ensuite s'il y a lieu une portion plus ou moins grande du vomer.

Souvent cette dernière partie de l'opération est très facile, lorsque la voûte palatine osseuse comprimée par la tumeur est réduite à un feuillet parcheminé. Nélaton faisait ensuite l'excision d'une partie du polype, dont il cherchait à obtenir la disparition par des cautérisations répétées, à l'aide d'acides, à travers la perforation osseuse laissée ouverte.

Inutile d'insister sur l'opération complémentaire, qui ne présente rien de particulier.

A. Richard et Botrel ont modifié le procédé de Nélaton. Le premier pratique la résection d'une grande partie des os de la voûte, sans toucher au voile du palais. Le second recommande le procédé de Nélaton, mais en respectant toutefois le bord libre du voile.

Bœckel (1) a proposé, comme opération préliminaire, l'incision transversale du voile du palais. Il donne à l'incision deux ou trois centimètres de diamètre suivant l'âge et le développement du sujet, et y ajoute au besoin une petite branche verticale de six à huit millimètres. Grâce à l'élasticité du voile, on peut écarter suffisamment la fente avec un crochet, pour pouvoir introduire l'index gauche à côté de l'instrument qui attaque le polype. Ce chirurgien se sert comme rugine d'une cuiller tranchante, dont la cupule forme un angle de 135° avec

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1879, p. 720.

la tige, et dont l'index contrôle l'action. Cautérisation consécutive avec le galvanocautère en porcelaine, introduit à froid par le méat inférieur, et dont on détermine la position par la boutonnière palatine, ce qui permet d'agir exactement sur les parties malades sans endommager le voisinage. En faisant l'incision à deux ou trois millimètres des palatins, deux à quatre points de suture suffisent pour obtenir la réunion par première intention.

Cette incision transversale donne lieu à une hémorrhagie plus abondante que l'incision longitudinale, surtout chez les jeunes enfants, où, en raison des moindres dimensions du voile, on est obligé d'étendre l'incision assez loin sur les côtés (Bœckel). On peut d'ailleurs, comme le fait remarquer ce chirurgien, opérer en deux temps, c'est-à-dire faire l'incision du voile dans une première séance et extraire le polype le lendemain, après hémostase. Si l'on craint une hémorrhagie trop forte, on peut d'ailleurs toujours pratiquer l'ouverture au thermocautère.

La suture immédiate de la solution de continuité n'offre aucun inconvénient, puisqu'on a pratiqué l'extirpation complète du néoplasme. Cette méthode supprime pour le malade l'ennui des cautérisations, pratiquées après extirpation incomplète, dans le procédé de Nélaton, cautérisations qui peuvent se prolonger parfois durant dix-huit mois comme dans le cas de Dolbeau, sans qu'on pût au bout de ce temps affirmer la guérison de l'opéré. En cas de récurrence, il est toujours facile de répéter l'opération.

Mettant à part le procédé de Boeckel, qui présente de beaucoup le plus d'avantages et le moins d'inconvénients, voici les critiques que l'on peut adresser à tous les autres pris en bloc.

1^o La voie qu'on se crée par l'incision du voile est insuffisante, elle ne permet d'atteindre facilement, par le chemin le plus direct il est vrai, que les polypes à insertion basilaire. On tombe toujours sur la masse centrale, sur la portion la plus épaisse du polype, qui pour peu qu'elle soit volumineuse obture complètement la voie que l'on vient d'ouvrir (Verneuil) (1). Diffenbach (2) l'a reconnu d'ailleurs, ainsi que Dolbeau.

2^o Par ce procédé on s'expose à des hémorrhagies terribles, car, comme nous l'avons vu, la tumeur se présentant par sa masse centrale, on est obligé de l'attaquer comme on peut, après la destruction des lobes secondaires. Ces hémorrhagies sont quelquefois pour ainsi dire foudroyantes. Nous en trouvons deux observations : l'une de Michaux de Louvain (3), où la violence de l'hémorrhagie nécessita la transfusion du sang. La deuxième observation est due à Deguise (4), cette fois des hémorrhagies répétées produisirent chez son malade un état d'anémie extrême.

Cet accident, il est vrai, est moins grave avec le procédé de Richard, mais cet avantage est contrebalancé par un autre inconvénient. Les mucosités délaient la substance des flèches de Canquoin, introduites dans le

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1860, 14 mars.

(2) *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1862, p. 503.

(3) *Gazette des hôpitaux*, 2 juin 1864.

(4) *Bulletin de la Société de chirurgie*, 13 mars 1861.

pédicule de la tumeur et cautérisent ainsi le pharynx dans lequel elles tombent.

3° Il reste toujours une perte de substance rendant indispensable l'usage d'un obturateur mécanique.

4° Le voile du palais dont on a empêché la réunion, pour surveiller la récurrence, n'est pas toujours susceptible de restauration par la staphylorrhaphie.

5° On a constaté quelquefois la paralysie complète consécutive de ce voile membraneux.

6° L'opération parfois très laborieuse ne donne pas toujours une ouverture aussi large et aussi favorable aux manœuvres opératoires qu'on pourrait le supposer *a priori*.

7° D'après Legouest, si le sujet a une voûte palatine ogivale, la résection n'a pas un résultat utile.

8° Il est très difficile d'atteindre le pédicule de la tumeur, surtout dans le cas d'insertion latérale, et pour arriver par cette voie sur un pédicule à insertion médiane, il faut que le polype soit très petit (Calignon) (1).

En somme, cette voie n'est acceptable que dans le cas où le polype a perforé la voûte palatine, et où elle est toute tracée d'avance, et pour ainsi dire toute faite. En effet, comme le dit Forgue (2): « La commodité et le jour opératoires ne répondent point aux dégâts que fait dans le palais osseux l'ostéotomie palatine, elle fait trop pour les petits polypes à insertion médiane plus simplement accessibles, trop peu pour les fibromes massifs largement implantés, à lobes secondaires ».

(1) Thèse de Lyon, 1879.

(2) *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier*, 1889, p. 479.

Nous reprocherons au procédé de Boeckel, d'abord le danger des hémorrhagies, ensuite le peu d'espace qu'il fournit, d'où l'impossibilité de l'utiliser dans le cas de polype volumineux.

Indiquons pour en finir avec la voie palatine, le procédé de Gussenbauer, qui, s'inspirant de l'idée de Nélaton, résèque largement la voûte palatine, pratique une excision aussi complète que possible et fait ensuite une autoplastie immédiate.

Au point de vue statistique, il résulte des tableaux, publiés par Michaux de Louvain en 1867, que sur vingt-neuf cas d'ablation de polype naso-pharyngien avec résection de la voûte palatine, on a obtenu : 12 succès, 5 résultats incomplets, 3 résultats inconnus, 4 récidives et 5 morts.

Voie faciale.

Nous voici arrivés à l'étude des méthodes opératoires qui permettent d'arriver sur le polype naso-pharyngien par une voie large, créée à travers le squelette de la face. Nous nous trouvons en face de deux modes opératoires : 1^o résection temporaire du maxillaire ; 2^o ablation totale de cet os.

La première méthode se propose de faire la résection des os de la face de telle sorte que la réunion de la portion osseuse se produise à sa place normale. Les os qu'on laisse unis aux parties molles qui les recouvrent, sont divisés linéairement sur les lignes indiquées par les incisions cutanées avec conservation d'un pont nutritif. Au niveau de ce pont on casse ou on divise la lame osseuse qu'il est possible alors de rejeter sur le côté par un mouvement de charnière. Après enlèvement de la tumeur contre laquelle est dirigée l'opération, on replace dans sa position normale la lame osseuse détachée. C'est en un mot la séparation d'une portion osseuse restant en partie adhérente, avec déplacement temporaire, puis remise en place et réunion. Le nom de résection temporaire donné à cette méthode par Bœckel (1) a été accepté en général par les auteurs français.

Nous allons donner les procédés principaux :

PROCÉDÉ DE HUGUIER. — Incision de la commissure

(1) Traduction du *raité de Trésection* de HEYFELDER.

buccale jusqu'au masséter, puis incision commençant au-dessus de l'aile du nez qu'on contourne, et division de la lèvre supérieure sur la ligne médiane. Relèvement du lambeau. Un trait de scie horizontal sépare la tubérosité maxillaire de l'arcade dentaire au-dessus du plancher des fosses nasales. Un deuxième trait de scie superficiel divise d'avant en arrière la face supérieure de la voûte palatine près de la cloison du nez. Section de l'apophyse ptérygoïde au sécateur. Le fragment dentaire du maxillaire ainsi circonscrit, est détaché du voile du palais et luxé dans la bouche, n'ayant plus d'autre point d'adhérence et de continuité vasculaire que la muqueuse et le périoste palatin sur la ligne médiane. L'os remis en place peut se consolider avec quelques nécroses partielles.

Ce procédé fut appliqué le 11 juin 1860 sur un jeune homme qui présentait de la gêne respiratoire, du nasonement de la voix, et un peu d'exophtalmie à gauche. Par la large porte ouverte jusqu'au pharynx, on put apercevoir facilement le polype adhérent par une large base à l'apophyse basilaire, à la face postérieure du pharynx et à la base de l'apophyse ptérygoïde gauche. Huguier se servant d'une cuiller tranchante et ensuite de forts ciseaux courbes, coupe ce large pédicule et extrait le polype en 4 morceaux. Hémorrhagie effrayante qu'on arrête par cautérisation des surfaces saignantes. Le malade revient à lui et on réapplique le maxillaire qu'il est difficile de maintenir en place, car la dent luxée est tombée complètement durant l'opération.

Application d'un moule en gutta-percha pour mainte-

nir le maxillaire. Elimination deux mois après d'un séquestre de 25 millimètres de long sur 15 de large.

Cinq mois après l'opération, on enlève le moule et on constate que le maxillaire n'est plus mobile.

Le 30 juin 1860, Huguier appliqua son procédé à un autre malade, mais le résultat ne fut pas brillant. Desprès (1) qui revit cet opéré, constata la guérison du polype, mais vit en même temps que la mâchoire était restée mobile et que les dents étaient cariées. Ce malade qui ne peut se servir de sa mâchoire se trouve, d'après Desprès, dans de moins bonnes conditions que ceux qui ont un appareil prothétique.

Ce résultat n'a rien d'étonnant, car l'os réséqué par ce procédé, n'ayant plus pour assurer sa vitalité que la muqueuse palatine, on doit s'attendre presque fatalement à la nécrose.

Ce mode opératoire présente d'ailleurs bon nombre de désavantages. Citons d'abord le danger d'une hémorrhagie assez forte causée par la section de l'artère palatine postérieure qui se trouve forcément divisée. De plus la direction de l'axe du canal destiné à conduire sur le polype est très oblique de haut en bas et d'avant en arrière, ce qui gêne beaucoup l'introduction et la manœuvre des instruments, qui, pour arriver dans la région ethmoïdale, doivent sacrifier les cornets supérieur et moyen. Le renversement dans la bouche de la partie inférieure du maxillaire doit apporter un obstacle sérieux à la respiration.

Le grand avantage de ce procédé est de procurer une

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1866, page 18.

ouverture considérable et de permettre l'extraction des polypes les plus volumineux.

PROCÉDÉ DE DEZANNEAU (d'Angers). — 1^{er} *Temps*. — La lèvre supérieure est divisée dans toute sa hauteur depuis son bord libre jusqu'à la partie inférieure et moyenne de l'orifice de la fosse nasale du côté malade ; puis, l'aile du nez, la lèvre supérieure et la joue sont séparées de leurs attaches au maxillaire supérieur à l'aide du bistouri et des ciseaux. On ne divise que la coronaire labiale.

2^e *Temps*. — Division de la voûte palatine d'avant en arrière près de la ligne médiane à l'aide d'une pince de Liston dont une branche est introduite dans la fosse nasale correspondante et l'autre dans la bouche. Le chirurgien divise ainsi à la fois la muqueuse palatine, la muqueuse du plancher des fosses nasales, les maxillaires supérieurs et la petite portion de l'os palatin qui lui fait suite ; l'incision s'arrête en arrière du voile du palais qu'elle ne doit intéresser que dans une petite étendue. La pince de Liston réappliquée, une branche dans la fosse nasale, l'autre à la face externe du maxillaire divise l'os d'avant en arrière, achevant ainsi de séparer le maxillaire en deux parties, l'une supérieure attenant à l'orbite et aux os de la face, l'autre inférieure qui ne tient plus en arrière qu'au voile du palais et à l'apophyse ptérygoïde, si celle-ci n'a pas été divisée complètement par la pince de Liston. Dans ce dernier cas, il suffit d'une légère pression sur le plateau du maxillaire pour rompre la lamelle osseuse qui le retient en arrière. On ob-

tient ainsi une mobilité parfaite de ce plateau et le sinus maxillaire est divisé en deux parties inégales.

3^e *Temps*. — Ablation du polype, pendant qu'un aide maintient la bouche ouverte et déprime en bas et en dehors le plateau du maxillaire.

4^e *Temps*. — Fixation du maxillaire à l'os du côté opposé par un fil d'argent embrassant les deux dents les plus voisines. Le voile du palais suffit à maintenir en arrière le contact entre les surfaces osseuses. D'autre part, les parties molles de la joue s'enflammant, tendent par la compression qu'elles exercent, à maintenir les maxillaires rapprochés sur la ligne médiane.

Opération par ce procédé d'un polype naso-pharyngien remplissant sur un jeune homme de 28 ans, la fosse nasale gauche, le sinus maxillaire et le sinus frontal. Rugination et cautérisation. Récidive au bout d'un an, et deuxième opération.

Nouvelle récidive. Apparition d'accidents cérébraux; mort.

On peut élever contre ce procédé les mêmes critiques que contre celui d'Huguier, et pas plus que ce dernier d'ailleurs, il ne donne accès dans les fosses nasales supérieures.

PROCÉDÉ DE J. ROUX (de Toulon) (1). — Ce procédé par écartement des os maxillaires comprend cinq temps.

1^{er} *Temps*. — Division de l'attache fronto-jugale. Incision transversale de 1 centimètre intéressant les parties molles qui recouvrent l'apophyse orbitaire externe,

(1) *Gazette des hôpitaux*, 30 juillet 1861.

section de l'articulation fronto-jugale, à l'aide du ciseau froid et du marteau, ou de la scie à chaîne.

2° *Temps.* — Division de l'attache temporo-jugale. Incision verticale de 1 centimètre sur l'apophyse zygomatique ; section de l'articulation temporo-jugale avec la scie à chaîne ou le ciseau.

3° *Temps.* — Division de l'attache orbito-nasale inférieure: Incision sinueuse des parties molles, commençant à l'angle interne et inférieur de l'orbite, au-dessous du sac lacrymal, contournant l'aile du nez, la narine correspondante et s'arrêtant au-dessous de la cloison sur la ligne médiane où la lèvre supérieure est ensuite fendue en totalité. Section de la base de l'apophyse montante et de la cloison interne de l'orbite au niveau de l'angle inférieur de cette cavité à l'aide de la scie à chaîne et du ciseau.

4° *Temps.* — Division de l'attache ptérygo-maxillaire. Section de l'articulation ptérygo-maxillaire (parties molles et dures) à l'aide d'un ciseau long de 20 centimètres, large de 25 millimètres à son tranchant, directement appliqué de champ derrière la dernière dent supérieure dans l'angle rentrant formé par la rencontre du sphénoïde, du maxillaire supérieur et de l'os palatin.

5° *Temps.* — Division de l'attache intermaxillaire. Incision transversale détachant à son insertion palatine la moitié du voile du palais correspondant à l'os maxillaire qu'on veut écarter ; avulsion de la première incisive supérieure du même os, section de la voûte palatine sur le côté du raphé médian à l'aide de la scie à chaîne.

Les deux maxillaires sont écartés en ouvrant les mors d'une forte pince. Le maxillaire détaché, mais adhérent aux parties molles qui le recouvrent, est porté obliquement en haut et en dehors vers la fosse temporale. On porte ainsi jusqu'à 10 centimètres environ l'intervalle qui sépare les deux incisives des deux maxillaires supérieurs. On peut d'ailleurs pour se créer plus d'espace, enlever le vomer et l'apophyse ptérygoïde.

Ce procédé n'a pu être mis en pratique sur le vivant par son auteur, mais Sédillot (1) s'en est servi pour enlever un énorme polype qui avait envahi en moins d'une année les fosses nasales, l'antre d'Highmore, la fosse temporale et l'arrière-bouche. Le malade mourut d'hémorragie pendant l'opération.

Fontan (2) (de Toulon) communique l'observation d'un polype énorme chez un garçon de 15 ans ; il l'opéra par pivotement du maxillaire supérieur en entier et de l'os malaire à l'aide des sections indiquées par Roux et qui, d'après lui n'auraient jamais été appliquées sur le vivant. L'ablation du polype fut facile. Suture totale osseuse et des parties molles ; consolidation rapide.

Persistance de la déviation du voile du palais, staphyloporrhaphie ultérieure. Guérison complète.

Donnons au sujet de ce mode opératoire rapide et facile l'opinion de Boeckel : « Procédé élégant qui blesse le moins les parties molles et assure le mieux la vita-

(1) *Médecine opératoire*, tom. II, p. 104.

(2) 3^e *Congrès français de chirurgie*, 1888, séance du 17 mars.

lité de l'os, tout en donnant autant d'ouverture que les autres ».

PROCÉDÉ DE BÖCKEL. — Le 25 mars 1872, ce chirurgien opère un sarcome pour lequel on avait fait le diagnostic de polype naso-pharyngien, en élevant toutefois des doutes sur la nature de ce dernier, vu la marche rapide de l'affection.

On taille dans la joue gauche un lambeau quadrilatère à angles arrondis et à base externe. Une première incision allant jusqu'à l'os s'étend de l'os malaire le long du rebord orbitaire inférieur jusqu'au sac lacrymal, et de là, se recourbe directement en bas en longeant la narine. Du bord inférieur de cette dernière, une troisième incision marche horizontalement en dehors jusqu'au masséter. On détache alors la narine et avec une scie à guichet introduite à plat sur le plancher du nez, on divise le maxillaire dans le sens de l'incision horizontale inférieure. La scie est alors reportée vers la partie supérieure de l'ouverture pyriforme et marche vers le sac lacrymal d'abord, puis à travers le plancher de l'orbite ; on a soin de s'arrêter au niveau du canal sous-orbitaire pour ne pas provoquer d'hémorrhagie prématurée. Il s'agit maintenant de détacher d'une façon sous-cutanée la jonction de l'os malaire avec le maxillaire. On y parvient au moyen de la scie à chaîne conduite avec l'aiguille d'Heyfelder. Celle-ci est engagée dans la fente sphéno-maxillaire, à l'extrémité externe de l'incision supérieure et ressort dans l'incision inférieure. En tenant la scie à chaîne bien tendue et droite on peut diviser l'os malaire de dedans en dehors sans attaquer les

parties molles qui le recouvrent et qui forment le pédicule du lambeau. Pour plus de sûreté, il suffira de laisser une petite lamelle osseuse qui se brisera plus tard sans difficulté. D'un coup de ciseau, on achève de diviser la portion du plancher de l'orbite qui est parcourue par l'artère sous-orbitaire, puis se servant de l'instrument comme d'un levier, on relève sans peine le lambeau ostéo-cutané qui comprend la face antérieure de l'antre d'Highmore avec tout le cornet inférieur et qui laisse intact le cornet des fosses nasales et celui de l'orbite.

Ce malade mourut de pleurésie consécutive à un envahissement des poumons par des noyaux sarcomateux.

La portion osseuse comprise dans le lambeau n'est encore soudée en aucun point. Son angle supérieur du côté de l'os malaire paraît en voie de nécrose. Sa face postérieure est recouverte par la muqueuse de l'antre d'Highmore fortement vascularisée.

Dans un deuxième cas, il s'agissait d'un jeune homme de 17 ans porteur d'un polype naso-pharyngien. L'opération fut pratiquée le 10 juillet 1875 par le professeur Trélat, suivant la méthode de Boeckel ; hémorrhagie terrible amenant presque la syncope.

Un mois après, à la sortie du malade, une ligne cicatricielle déprimée suivant le trajet des incisions, rappelle seule l'opération.

Le néoplasme récidiva, et le malade guérit après des cautérisations répétées durant un an (Goguel) (1).

(1) Thèse, Paris, 1875.

Duménil (de Rouen) (1) a employé avec succès dans deux cas de polypes naso-pharyngiens la méthode de Boeckel.

Ce procédé offre de grands avantages, d'abord la conservation de l'arcade dentaire, puis l'immobilité de la voûte palatine et le soutien des parties molles de la face. Il procure une ouverture très grande, suffisante d'après Vallet (d'Orléans), pour opérer l'ablation de polype même volumineux. Mais il présente aussi quelques inconvénients très graves. D'abord, il comprend un temps dont l'exécution est difficile et minutieuse, c'est le renversement, en dehors, de la paroi antérieure du sinus maxillaire sans la briser. Ensuite la vitalité du lambeau ostéo-cutané n'est assurée que par l'artère transverse de la face, l'artère faciale ayant été divisée par l'incision inférieure, et la sous-orbitaire par la section osseuse du rebord orbitaire. « Ceci, conclut Duc (2), nous semble favoriser la nécrose, fait confirmé du reste par l'observation du premier malade à qui Boeckel a fait l'application de son procédé ».

Ces procédés quelquefois minutieux et pénibles comptent, nous l'avons vu, à leur passif quelques revers et en tous cas, très souvent des hémorrhagies graves, pouvant amener la mort, comme dans le cas de Berkeley Hill (3). En outre la réunion des portions osseuses détachées ne se fait pas toujours d'une façon parfaite. Les cicatrices sont aussi apparentes qu'après l'ablation

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1873.

(2) *Loco citato*.

(3) *Lancet*, 1874, tome I, 27 juin, page 920.

totale du maxillaire. La voie ouverte par ces modes opératoires ne permet pas toujours d'obtenir l'extirpation radicale du néoplasme: d'où la fréquence des récurrences qu'on peut constater dans les observations citées plus haut. Nous sommes d'avis que la non-consolidation du maxillaire supérieur, après réunion des parties molles, place le malade dans des conditions beaucoup plus désavantageuses au point de vue fonctionnel que la perte complète de ce maxillaire compensée par un appareil prothétique bien fait. Mieux vaut, comme l'a dit le professeur Verneuil, guérir un malade avec quelques fragments osseux de moins que de le laisser partir pour l'autre monde avec quelques apophyses de plus.

Résection partielle du maxillaire supérieur.

Avant de passer à l'étude de l'ablation totale du maxillaire supérieur, disons quelques mots sur la résection partielle de cet os conseillée par Chassaignac et employée par Guérin et Maisonneuve. Demarquay (1) est arrivé facilement dans deux cas sur l'implantation du polype en réséquant seulement une partie de l'apophyse montante avec la paroi antérieure du sinus maxillaire. L'opération, dit-il, présente souvent d'autant moins de difficulté que le polype a ouvert la voie. Ses deux malades âgés de 27 ans et 33 ans, opérés en 1862, ont été guéris définitivement.

Trélat (2) a fait à ce sujet une communication dont nous ne retiendrons que le manuel opératoire, car il s'agissait de l'extirpation d'un polype muqueux des fosses nasales à prolongements multiples. Le malade présentait un abcès fistuleux de l'angle interne de l'œil.

L'incision cutanée partant de la bosse nasale du frontal, un peu à gauche de la ligne médiane, se divise en deux branches qui circonscrivent dans un ovale allongé l'abcès dont nous avons parlé. Elle chemine ensuite dans le pli naso-génien, se recourbe au-dessous de l'aile du nez pour se terminer sur la ligne médiane au niveau de la sous-cloison. De cette ligne, en part une seconde

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1886.

(2) *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1882, page 832.

située à la limite de la paupière inférieure et du tégument de la joue. On dissèque les lambeaux et on décolle à l'aide de la rugine le périoste qui est appliqué à la face postérieure des parties molles. On sectionne verticalement l'os propre gauche du nez et la branche montante du maxillaire. La branche montante est séparée du frontal avec la pince de Liston. On divise le corps du maxillaire par les deux sections suivantes : 1^{re} section horizontale immédiatement au-dessus du palatin avec la scie de Larrey ; 2^o section verticale réunissant le milieu du rebord orbitaire (le globe oculaire ayant été relevé) et l'extrémité externe de la section osseuse horizontale.

Ces portions osseuses : os propre du nez, branche montante, partie antérieure du sinus maxillaire et rebord sous-orbitaire une fois enlevés, il est facile de plonger dans la fosse nasale et dans les sinus maxillaire, frontal et ethmoïdal.

Michel de Strasbourg a recommandé également ce procédé qu'il a décrit sous le nom d'orbito-maxillaire.

Un malade âgé de 64 ans, ayant subi plusieurs opérations antérieures, présentait un polype développé dans les cellules ethmoïdales antérieures, se prolongeant dans les sinus maxillaires et frontaux, le canal nasal et rejetant en dehors la lame papyracée de l'ethmoïde.

Michel réséqua l'apophyse montante du maxillaire supérieur avec une légère portion de l'ongle, puis pratiqua une seconde ouverture inférieure aux dépens de la paroi interne et antérieure du sinus maxillaire. Ce procédé qui a été employé également dans un cas par Green-

feld (1) donne accès aussi bien dans la région ethmoïdale que dans les deux méats qui conduisent vers l'apophyse basilaire.

Ce procédé maxillaire qui consiste principalement en l'enlèvement d'une lame plus ou moins carrée de la paroi antérieure du sinus maxillaire ne présente que des applications assez restreintes. Dans le cas de tumeur volumineuse, la plupart des chirurgiens qui l'ont employé, ont dû le combiner à d'autres méthodes : c'est ainsi que Bérard, Huguier et Arrachard (2) l'ont étendu au point d'en faire presque une ablation complète.

(1) *Loco citato.*

(2) *Gazette des hôpitaux*, 25 août 1859.

Ablation totale du maxillaire supérieur.

La longue série d'opérations préliminaires que nous venons de passer en revue, nous montre combien est difficile la création d'un accès libre et direct jusqu'au siège profond et caché des racines des polypes naso-pharyngiens. La conclusion que nous pouvons tirer de l'examen même superficiel de tous ces procédés, c'est que la plupart des chirurgiens ont admis de prime abord la nécessité absolue des opérations préliminaires étendues et larges. Ils y ont été conduits tout naturellement par la mortalité assez forte, observée après l'emploi des méthodes simples, et la fréquence des récidives se produisant dans ce cas par suite de l'ablation le plus souvent incomplète résultant de l'accès limité, offert par les procédés simples.

Il est permis d'admettre *a priori*, que plus la voie est large, plus l'accès sur les insertions des polypes sera facile, et plus on évitera par suite les chances de récidive à l'aide d'une extirpation complète. Cette idée avait amené le professeur Verneuil, en 1860, à considérer, malgré sa gravité apparente, la résection totale du maxillaire supérieur comme l'opération de choix dans le cas de polype naso-pharyngien volumineux. Depuis, ce chirurgien est devenu moins exclusif; il préfère à l'opération radicale, des méthodes plus simples permettant de surveiller les points d'implantation du polype, pour les

attaquer par la cautérisation en cas de récurrence. Il n'est d'ailleurs pas le seul à partager cette opinion, ce qui n'empêche pas des chirurgiens de valeur comme M. Michaux (1) de se prononcer en faveur des larges sections osseuses. Cet auteur s'étant basé sur les statistiques d'ablation du maxillaire, qui ne sont pas effrayantes, on lui a répondu que tous les faits, surtout les faits malheureux, n'ont pas été publiés, et que, comme l'a dit M. Forget: « la statistique est une bonne fille qui se livre au premier venu ». Il s'agit évidemment là d'un argument de peu de valeur, qu'il est facile de rétorquer, en affirmant que certainement tous les accidents, même suivis de mort, qui se sont produits par l'application des autres méthodes, n'ont pas été communiqués.

Quoi qu'il en soit, pour ne pas mériter le reproche de poser des conclusions prématurées et pour permettre de juger la question, pièces en main, nous allons donner un exposé de cette méthode d'ablation dont nous ferons ressortir, en terminant, les avantages et les inconvénients.

D'après M. Sarrazin (2), Wately a donné la première indication de cette opération. Ce chirurgien pratiqua plusieurs excisions d'un polype naso-pharyngien très volumineux. Le malade mourut après plusieurs hémorragies abondantes, et l'on reconnut à l'autopsie que le pédicule du polype se prolongeait en arrière jusqu'à l'apophyse basilaire. Il eût fallu, ajoute Wately, enlever

(1) *Bulletin de l'Académie de Belgique*, avril 1879.

(2) *Appréciation de la valeur des résections osseuses*, thèse d'agrégation, Strasbourg, 1863.

un des maxillaires pour arriver au point d'implantation.

Il ne s'agit là que d'une indication absolument vague et purement théorique.

L'honneur de la première ablation du maxillaire supérieur pour polype naso-pharyngien, revient, comme l'a démontré M. Verneuil (1), à Syme d'Edimbourg, qui pratiqua cette opération le 12 août 1832. On ne trouve dans l'observation aucun détail sur la manière dont furent faites les incisions des parties molles. Il indique simplement une incision cruciale, dont l'une des branches allait se perdre à la commissure correspondante de la lèvre. Il disséqua et renversa les quatre lambeaux et mit ainsi l'os à nu (2). Ce cas fut d'ailleurs suivi de mort, et Syme prétend que le malade était porteur de deux polypes fibreux. Pour M. Robin Massé (3), il s'agit là d'une erreur de diagnostic ; il pense que ce malade n'avait qu'un seul polype présentant deux prolongements qui s'engageaient dans chacune des fosses nasales, en contractant des adhérences consécutives avec leur orifice postérieur. Ces adhérences secondaires furent considérées par Syme comme de véritables insertions, et il crut avoir enlevé un polype entier alors qu'il n'en avait extirpé qu'un des prolongements.

En mars 1860, Flaubert fils de Rouen, ayant vu son père exécuter de nombreuses tentatives d'excision et de ligature sur un malade sans pouvoir le débarrasser d'un énorme polype, employa l'ablation du maxillaire supérieur et obtint une guérison complète.

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*, 14 mars 1860.

(2) VELPEAU, *Médecine opératoire*, tome II, p. 627.

(3) Thèse Paris, 1864, page 28.

L'observation de Syme étant ignorée en général, Flaubert fut considéré longtemps comme l'auteur de cette méthode ; c'est M. Verneuil qui a rétabli les faits (1) en communiquant l'observation de Syme (2).

Cette opération a été répétée depuis lors par un grand nombre de chirurgiens parmi lesquels nous citerons : Maisonneuve, Velpeau, Blandin, Heyfelder, Nichon, Michaux de Louvain, Nélaton, Bauchet, Langenbeck, etc...

On a même pratiqué l'ablation totale des deux maxillaires. Citons, à ce sujet, Heyfelder qui la pratiqua en 1844, 1850, 1852, 1859, puis Dieffenbach, Maisonneuve (3), et Langenbeck qui l'exécuta deux fois. Ce procédé a été modifié par Cheever (4), qui a inventé une méthode de résection partielle des deux maxillaires supérieurs.

Indiquons d'abord les divers procédés employés pour cette ablation du maxillaire supérieur. Nous avons mentionné déjà la façon d'opérer de Syme, signalons Regnoli de Pise, Blandin (5), Dieffenbach (6), Liston (7). Le procédé de Regnoli ne permet que difficilement d'atteindre les insertions supérieures du maxillaire. Quant aux autres, comme l'a dit Diday (8), elles présentent assez de difficulté et le même résultat peut être atteint

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*, 14 mars 1860.

(2) Neuvième rapport de la clinique chirurgicale d'Edimbourg, *Edimb. med. and surg. journ.*, tom. 38, 1832.

(3) *Gazette des hôpitaux*, 1850, page 399.

(4) *Boston med. and surg. journ.*, 1874, vol. XC, page 547.

(5) *Anatomie topographique*, 1834, page 122.

(6) *Chirurgie*, 1835.

(7) *Chirurgie pratique*, page 264, London, 1837.

(8) *Des maladies des os de la face et des opérations qu'elles peuvent nécessiter*, thèse d'agrégation. Paris, 1839.

par une voie plus simple, sans ouverture fistuleuse au niveau de l'angle interne de l'œil. De plus, dit-il, à propos du procédé de Dieffenbach, ne faut-il pas au moins laisser au malade stigmatisé par une cicatrice, l'espoir d'un profil sans difformité.

Nous allons passer en revue avec plus de détails quelques autres procédés. Nous empruntons la description qu'en donne M. Cartier dans sa thèse sur les résections du maxillaire supérieur (1).

1^o PROCÉDÉ DE GENSOUL. — Incision tombant du grand angle de l'œil sur la lèvre au niveau de la canine. Incision horizontale partant de l'extrémité inférieure de la première et s'arrêtant à 10 millimètres de l'oreille. Incision verticale partant de l'extrémité postérieure de la seconde incision pour arriver à 10 ou 12 millimètres en arrière du petit angle de l'orbite. On obtient ainsi un lambeau carré à base supérieure. Quand l'os est mis à nu, on pratique au ciseau et au maillet la section de l'arcade orbitaire externe près de la suture qui unit l'os malaire à l'apophyse orbitaire externe du frontal, puis on coupe l'apophyse zygomatique de l'os malaire. On attaque ensuite l'attache interne et supérieure ; un ciseau large appliqué au-dessous de l'angle interne de l'œil, traverse la partie inférieure de l'unguis et de la face orbitaire de l'ethmoïde. L'apophyse montante est séparée de la même façon de l'os du nez qui lui correspond, puis on détache au bistouri toutes les parties molles qui unissent l'aile du nez à la mâchoire supérieure. On arrache la première incisive de l'os qu'on veut enlever et

(1) Lyon, 1879.

avec un ciseau glissant entre les deux maxillaires par la bouche, en dédolant, on opère vite et aisément la déduction des deux os ; pour détruire les adhérences à l'apophyse ptérygoïde et couper le nerf maxillaire supérieur, on porte le ciseau à plat entre les parties molles et le plancher de l'orbite, puis on le fait pénétrer obliquement de haut en bas, et d'avant en arrière dans ce plancher, assez loin pour que ce nerf soit complètement divisé, et que l'instrument trouve un point d'appui pour faire basculer l'os maxillaire dans la bouche. On divise ensuite au ciseau, ou au bistouri, les attaches du voile du palais à l'os palatin, de manière à laisser la portion molle de ce voile tendue entre l'apophyse ptérygoïde et l'autre côté de la bouche. La cavité résultant de l'opération, est formée en dedans par la cloison des fosses nasales, en dehors par le tissu cellulo-adipeux de la joue, en haut par le muscle droit inférieur de l'œil et le tissu graisseux de l'œil ; en arrière, on aperçoit l'arrière-gorge par dessus le voile du palais. Avec le maxillaire on a enlevé une partie de l'os malaire, de l'unguis, du palatin et de plus le cornet inférieur.

Ce procédé de résection donne une voie entièrement large, facilitant beaucoup la manœuvre des instruments et l'accès sur les insertions du polype. Malheureusement les incisions laissent des cicatrices très visibles et disgracieuses, et exposent à la paralysie faciale. De plus, dans l'opération, le canal de Sténon se trouve forcément sectionné, ce qui expose le malade au désagrément d'une fistule salivaire possible. Ce reproche peut être adressé

également à l'incision cruciale de Syme, qui produit aussi la section de ce canal.

2° PROCÉDÉ DE VELPEAU. — Incision unique partant de la commissure labiale pour se rendre vers le milieu de l'os malaire, entre l'angle orbitaire externe et le pavillon de l'oreille. Cette incision décrivant une courbe en avant du canal de Sténon, respecte ce dernier. Dissection et relèvement du lambeau supérieur, en sectionnant le nerf sous-orbitaire. On détache la narine de la branche montante du maxillaire, on traverse avec un trocart la paroi interne de l'orbite, et à l'aide d'une scie à chaîne passée par cette voie on fait la section de l'apophyse montante. Après avoir écarté l'œil et l'aponévrose orbitaire du plancher de l'orbite, on introduit dans la fente sphéno-maxillaire, à l'aide d'une aiguille de Cooper, une scie à chaîne et on divise l'apophyse malaire. L'os ne tient plus que par sa partie horizontale qu'on peut couper dans le sens antéro-postérieur avec la scie à chaîne ou la pince de Liston. Avant de couper l'os, il faut, avec le bistouri, diviser la membrane fibro-muqueuse qui tapisse la face buccale. Quand le voile du palais n'est pas malade, une incision transversale le sépare du maxillaire supérieur. Cet os, saisi avec une forte pince, est basculé de haut en bas et d'arrière en avant. Le sommet de l'apophyse ptérygoïde qui adhère au maxillaire est fracturé et rien ne s'oppose plus à l'extirpation de ce dernier os.

Cette méthode évite, il est vrai, la lésion du canal de Sténon, mais elle ne donne pas une ouverture aussi large que la précédente. De plus, elle est insuffisante

dans les cas où on est obligé d'enlever l'apophyse montante et la partie interne du plancher de l'orbite.

3^o PROCÉDÉ DE LISFRANC. — 1^o Incision partant de la commissure labiale et finissant directement au niveau de l'angle orbitaire externe du coronal, elle évite le canal de Sténon ; 2^o Incision partant de la partie médiane du bord libre de la lèvre supérieure, tombant dans la narine, contournant ensuite l'aile du nez et remontant parallèlement à l'axe de la face jusqu'à une ou deux lignes au-dessus de l'apophyse montante du maxillaire supérieur. Ce procédé donne un vaste lambeau quadrangulaire à base supérieure.

Ce procédé donne une voie moins large que celui de Gensoul ; de plus, si son exécution n'est pas difficile, il offre le désavantage d'une cicatrice saillante, résultant de l'incision médiane de la joue.

4^o PROCÉDÉ DE HEYFELDER OU DE DIEFFENBACH. — Incision partant de la racine du nez, passant par son milieu et divisant le milieu de la lèvre supérieure. Deuxième incision transversale, très courte, allant de l'origine de la première à l'angle interne de l'œil. Troisième incision partant de l'angle externe et se prolongeant horizontalement vers l'arcade zygomatique. Quatrième incision du cul-de-sac oculo-palpébral inférieur, réunissant les deux dernières incisions.

C'est Chassaignac qui a ajouté l'incision horizontale le long du rebord orbitaire, modifiant le procédé de Heyfelder.

Nous avons déjà signalé plus haut quelques objections qu'on a présentées au premier procédé. Ajoutons

qu'avec la modification de Chassaignac, il expose de plus à un ectropion de la paupière inférieure qui devient le point d'attache du lambeau génien. Quoi qu'on ait pris soin de conserver à cette paupière inférieure sa doublure muqueuse, on a cité à la suite de cette opération un ou deux cas d'ectropion persistant.

La méthode de Fergusson qui préconise une seule incision médiane de la lèvre supérieure, très séduisante en théorie, nous paraît d'une exécution très difficile. Elle ne peut présenter d'ailleurs que des applications très restreintes, surtout au point de vue de l'extirpation du polype naso-pharyngien. Nélaton a continué par en haut cette incision verticale de la lèvre en l'inclinant ensuite transversalement au-dessous du rebord orbitaire. Ce procédé ne peut être rangé parmi ceux qui donnent la voie la plus large, mais il présente l'avantage de réduire les lésions au minimum possible. L'incision est très habilement dissimulée dans les sillons naturels, et doit être assez peu visible après cicatrisation, supériorité évidente sur toutes les autres qu'on a proposées.

PROCÉDÉ DE LANGENBECK. — C'est une incision courbe à convexité inférieure partant du grand angle de l'œil, descendant jusqu'au niveau de l'aile du nez et remontant vers l'os malaire, mais sans toucher le bord rouge de la lèvre.

Ce procédé qui ressemble à celui de Velpeau ne présente pas plus d'avantages que ce dernier, car la cicatrice n'est ni moins visible, ni moins gênante dans ses conséquences, et de plus le pont constitué par la lèvre, gêne considérablement l'opérateur.

Signalons maintenant deux modifications très importantes et pouvant être appliquées en général dans l'ablation du maxillaire, entreprise comme opération préliminaire à l'extirpation d'un polype naso-pharyngien.

Larghi (1) eut l'idée de conserver la muqueuse palatine en la disséquant après une incision longeant le bord gingival. Après extirpation de l'os on réunit le lambeau palatin fibro-muqueux à la muqueuse de la joue, ce qui rétablit la séparation des cavités buccale et nasale. Ce perfectionnement de l'opération est très important au point de vue de la conservation des fonctions de la voix et de la déglutition. Il est prudent, quand on cherche à obtenir la conservation de la muqueuse palatine, de faire la suture avec beaucoup de soin, en effet Cartier (2), cite une observation de ce genre où après rupture des points de suture le lambeau détaché s'appliqua sur l'ouverture épiglottique et détermina la mort par asphyxie.

Pour éviter d'une façon certaine les difformités qui peuvent résulter de la résection du maxillaire supérieur et qui sont un des principaux arguments des détracteurs de cette méthode envisagée seulement en tant qu'opération préliminaire dans le cas de polype naso-pharyngien, M. Ollier a proposé la résection sous-périostée en adoptant l'incision de Velpeau (3).

Ce procédé comprend quatre temps ainsi décrits par le professeur Ollier :

1^{er} Temps. — Incision de la joue à partir de la com-

(1) *Operazioni sotto perioste e sotto cassulari*, 1850.

(2) *Loco citato*.

(3) *Traité de la régénération des os*, tome II, 1867.

missure jusqu'au milieu de l'os malaire ; pour ne pas compromettre la régularité de la commissure, il vaut mieux la faire partir de la lèvre supérieure à 7 ou 8 millimètres en dedans. On peut y joindre, si l'étendue de la lésion l'exige, une incision antérieure commençant à un centimètre au-dessus de l'aile du nez, descendant directement en bas, puis contournant l'aile du nez et redevenant verticale du bord saillant de la fossette médiane de la lèvre.

2° *Temps*. — Incision de la muqueuse périostique qui recouvre le maxillaire sur la face externe ou vestibulaire de l'os. Cette incision commence sur la face externe, au niveau de l'intervalle qui sépare la canine de la deuxième incisive, se dirige en arrière en se tenant à un millimètre du collet des dents, contourne la dernière molaire et en suivant la face palatine revient au niveau de la deuxième incisive. Cette incision ne vient pas plus en avant, parce qu'on se propose de conserver la portion de l'os qui supporte les deux incisives.

De l'extrémité antérieure de l'incision externe, on en fait partir une autre qui, divisant également la muqueuse et le périoste, se dirige obliquement en haut et en dedans vers l'ouverture antérieure des fosses nasales à 6 ou 7 millimètres en dehors de l'épine nasale antérieure. Quant à l'incision palatine, on la complète par une autre petite incision partant de la deuxième incisive et se dirigeant en arrière vers la ligne médiane, de manière à laisser en avant la portion incisive de l'os.

3° *Temps*. — C'est le temps du décollement du périoste. On prend une rugine droite ou légèrement courbe

et l'on détache d'abord le périoste de la face externe de l'os en remontant jusqu'au rebord orbitaire, et en coupant avec un bistouri le nerf orbitaire, quand le décollement du périoste arrive à son niveau. Sur les jeunes sujets, les adhérences sont aisées à surmonter. On poursuit le décollement vers le bord postérieur de l'os, de manière à dénuder la tubérosité. On revient ensuite au bord orbitaire qu'on dépouille, puis on détache le périoste qui revêt la face orbitaire de l'os, et qui est à ce niveau plus mince que sur la face externe. Le périoste entraîne avec lui le conduit fibro-muqueux qui tapisse le canal nasal qu'on peut ménager, si l'on n'a pas besoin d'emporter la totalité de l'apophyse montante.

Les faces externes et supérieures de l'os étant dénudées, on procède au décollement du périoste palatin; on le détache de dehors en dedans jusqu'à la ligne médiane. L'os ainsi dépouillé de son périoste sur toutes ses parties accessibles, on se met en mesure de le réséquer ou de l'extirper complètement.

4^e Temps. — On enlève la dent canine, afin de laisser un passage au ciseau qui doit bientôt servir à isoler la portion incisive que l'on tient à conserver. On coupe avec des cisailles ou un ciseau bien tranchant l'apophyse montante, on sectionne ensuite avec la scie à chaîne ou le ciseau, l'apophyse malaire. En se servant du ciseau, on fait plus facilement la section dans une direction déterminée. Jusque-là, il n'y a rien de spécial dans ce temps de l'opération, c'est dans la section de la voûte palatine que notre procédé diffère des procédés ordinaires.

On détache l'os maxillaire de la portion incisive avec

un ciseau introduit au niveau de la brèche laissée par l'extraction de la canine. On pousse le ciseau doucement, de manière à ne pas dépasser la suture bi-maxillaire. Arrivé à ce point, on change de direction et avec l'angle du ciseau, on ébranle la suture et on sépare les deux os.

L'opération se termine alors, comme dans les cas ordinaires, en faisant basculer l'os. Nous le saisissons avec un davier et nous terminons, par un mouvement de traction et de torsion combinés, la rupture des adhérences qui peuvent persister encore.

Dans cette opération, le revêtement fibreux des faces externe, orbitaire et palatine de l'os maxillaire est seul conservé. La muqueuse qui tapisse la face nasale et la cavité du sinus est nécessairement sacrifiée. Une fois l'os extrait, on cherche à reconstituer la forme de la région par la suture du périoste externe et du périoste palatin, suture que Larghi a le premier conseillée et mise en pratique.

M. Ollier a présenté à la Société de chirurgie (1) un jeune homme de 16 ans sur qui il avait pratiqué cette résection sous-périostée, pour extirper un polype nasopharyngien. Le chirurgien, désirant surveiller par la voûte palatine l'implantation du polype, n'avait pas réuni le périoste palatin au périoste externe. Son procédé opératoire fut vivement attaqué surtout par M. Richet qui prétendit qu'il était d'une application beaucoup plus difficile que la résection ordinaire, et qu'au point

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1875.

de vue de l'apparence extérieure, il ne donnait pas de résultat plus favorable que cette dernière.

M. Ollier ayant laissé persister volontairement la solution de continuité faisant communiquer les fosses nasales avec la cavité buccale, il n'y a rien d'étonnant que la Société de chirurgie n'ait pas trouvé une différence bien sensible entre ce résultat de la résection sous-périostée et celui des résections ordinaires.

D'ailleurs, comme l'a fait remarquer M. Ollier, ce n'est que quelques années après l'opération, qu'il faut comparer les résultats définitifs. En effet, dans les circonstances favorables, cette méthode facilite la régénération au moins partielle du maxillaire. Ce jeune homme en question, ayant eu une récurrence de son polype, fut opéré de nouveau par M. Ollier qui dut faire une véritable résection de l'os de nouvelle formation. Ajoutons cependant que dans quelques cas, ce tissu osseux néoformé se résorbe ultérieurement.

Cette méthode a été employée également pour l'extirpation d'un polype naso-pharyngien par M. Pamard (d'Avignon), sur un jeune homme croyant s'être mis complètement à l'abri d'une récurrence par la rugination minutieuse de l'apophyse basilaire, il comble la perte de substance à l'aide de la fibro-muqueuse palatine sans faire de suture. La perte de substance de la voûte palatine était presque fermée par du tissu osseux un mois après l'opération, et complètement deux mois plus tard. Quatre mois après, il se produisit une récurrence et M. Pamard fit le 9 octobre 1873, une seconde opération dont

nous allons donner la description (1) : « Frappé par le développement de la portion de la tumeur qui occupait la région sous-orbitaire, comptant sur l'absence du maxillaire supérieur, ou tout au moins sur une reproduction osseuse qui ne pourrait être un embarras, je m'étais décidé à faire deux incisions, la première verticale, partant du grand angle de l'œil, descendait dans le pli nasojugal et contournait l'aile du nez, en intéressant les parois nasales dans toute leur épaisseur ; la seconde, horizontale, partant de la terminaison inférieure de la première avec laquelle elle formait un angle presque droit, marchait parallèlement au bord de la lèvre supérieure, et je la conduisis jusqu'au niveau de la commissure, coupant les parties molles dans toute leur épaisseur. Ces deux incisions me découvrirent ce que j'appellerai la portion externe du polype ; celle-ci n'avait avec les parties qui l'entouraient que des rapports de contact et étaient comme une expansion de la portion contenue dans les fosses nasales. Pour atteindre cette dernière, il me fallut couper une apophyse montante de nouvelle formation ; le couteau ne suffit pas, je dus employer les cisailles ; ce n'était pas un os complètement formé, mais cela s'en rapprochait déjà beaucoup ».

Dissection de la tumeur et incision de la lèvre supérieure dans toute sa hauteur pour prolonger la première incision verticale. On constata qu'au niveau de la base d'implantation du polype, il existait dans la voûte basilaire deux véritables excavations qui paraissaient avoir été creusées par le polype et où ses racines s'étaient

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1875.

comme implantées. Cautérisation de ces deux cavités avec 5 petits cautères rougis à blanc. Guérison.

Voici les conclusions de l'opérateur :

« J'ai constaté que l'os maxillaire était reproduit sur plusieurs points : 1° le rebord orbitaire ; 2° l'apophyse montante, en introduisant une spatule dans la fosse nasale et appliquant un doigt à l'extérieur on sent facilement l'os reformé à nouveau ; 3° à la voûte palatine : l'os de nouvelle formation occupe toute la partie postérieure, celle qui se continue avec le voile du palais ; il existe en outre, une bandelette osseuse bordant la lèvre externe de la plaie faite à la voûte palatine sur toute sa longueur et présentant un centimètre de largeur ; 4° enfin, si après avoir immobilisé la tête, on place un doigt dans l'orbite et l'autre dans la bouche, en dehors des points où a commencé le travail de régénération osseuse, on constate qu'il est impossible d'imprimer aux parties comprises entre les doigts des mouvements semblables à ceux qu'on imprime aux parties molles. Il y a là un noyau de parties dures de nature osseuse dont j'évalue l'épaisseur à deux centimètres. Neuf mois après, disparition de la reproduction osseuse aux points où elle avait été constatée auparavant ».

Il s'éleva au sujet de cette communication une discussion à la Société de chirurgie. M. Trélat prit la parole en ces termes : « A plusieurs reprises déjà, on a agité la question de la reproduction après ablation du maxillaire, et on a cité des faits où elle avait lieu. On a expérimenté également sur des animaux, et toutes les fois qu'on a pu procéder à l'examen direct, on a constaté que

cette reproduction avait fait défaut, et que l'on avait été victime d'une illusion produite par la densité et la consistance des tissus fibreux cicatriciels. MM. Richet, Sébillot, Ollier, Langenbeck ont partagé ces illusions que l'autopsie est venue détruire. Il est possible que quelque chose de semblable ait eu lieu dans le fait de M. Pamard et que plus tard la souplesse rendue aux tissus par la résorption des matériaux exsudés, ait fait croire à une disparition des parties osseuses qui n'ont jamais existé ».

M. Pamard répondit « qu'il existait dans la voûte palatine en dehors de la cicatrice une bande osseuse large de 1 centimètre et lors de la seconde opération, on a constaté directement la reproduction osseuse de l'apophyse montante, ce qui a nécessité l'emploi de cisailles. Cette apophyse existe encore. Quant à l'os trouvé dans la voûte palatine, il a disparu, mais n'a pu être confondu avec des tissus fibreux ».

« M. Verneuil ne partage pas l'étonnement de M. Trélat. Les expériences de transplantation de lambeaux périostiques ont montré des os de nouvelle formation disparaissant au bout de 3 ou 6 mois. Il ne serait pas étonnant qu'il en fût de même après certaines résections sous-périostées ».

« M. Perrin est de l'avis de M. Verneuil et en trouve la confirmation dans l'évolution du cal ; le cal provisoire disparaissant en même temps que s'organise le cal définitif ».

M. Trélat : « Je ne conteste pas les faits rappelés par M. Verneuil ; je désire seulement mettre les chirurgiens en garde contre certaines illusions. M. Sédillot : « On a

pu s'assurer que des voûtes palatines qu'on croyait régénérées, étaient constituées simplement par un tissu fibreux ; cela n'a rien de commun avec la formation du cal ».

Quoi qu'il en soit, il n'existait pas malgré la résorption osseuse dans le cas de M. Pamard, d'orifice à la voûte palatine ; une fibro-muqueuse molle empêchait la communication entre les fosses nasales et la cavité buccale.

M. Langenbeck est arrivé à ce résultat sans faire la résection sous-périostée du maxillaire tout entier. Il a détaché les parties molles de la voûte palatine, depuis l'arcade dentaire jusqu'à la ligne médiane, et il a fixé ce lambeau mucoso-périostique à la joue, après l'extraction de l'os, par quelques points de suture. Il affirme avoir obtenu de cette façon l'obstruction de l'ouverture palatine et même la formation de lamelles osseuses.

Si nous avons insisté longuement sur ce procédé, c'est que M. Ollier en a posé les indications de la façon suivante : « Les cas dans lesquels on aura à pratiquer une véritable opération sous-périostée, sont au nombre de deux : l'ablation de cet os comme opération préliminaire pour aller à la recherche d'un polype naso-pharyngien, et en second lieu l'ablation de cet os atteint d'ostéite ».

La principale objection que nous puissions présenter à ce procédé d'ailleurs très ingénieux est sa difficulté d'exécution. Le fait de la régénération osseuse consécutive n'est nullement démontré et dans les cas où on l'a constatée, elle a été suivie d'une résorption ultérieure. Nous pouvons garder de ce procédé son principal avan-

tage, nous voulons parler de la façon dont il réussit à combler la perte de substance existant entre les fosses nasales et la cavité buccale, et nous allons décrire une dernière méthode où ce perfectionnement a été combiné à un procédé particulier d'ablation du maxillaire.

Son auteur l'a d'ailleurs employé dans un cas d'extirpation du polype naso-pharyngien : nous voulons parler du procédé de M. Létievant.

**Résection du maxillaire supérieur avec conservation
du nerf sous-orbitaire.**

PROCÉDÉ DE LÉTIÉVANT. — 1^{er} Temps. — Incision au-dessous de l'angle interne suivant le sillon génio-nasal, contournant l'aile du nez, gagnant horizontalement sous la narine le sillon médian de la lèvre supérieure qu'elle divise ensuite verticalement, dans toute son épaisseur. La moitié droite de la lèvre supérieure est séparée de la face antérieure du maxillaire en conservant ou non le périoste suivant l'indication.

Ce lambeau n'est disséqué que jusqu'au rebord orbitaire.

2^e Temps. — On taille sur le rebord orbitaire au ciseau une encochure triangulaire, correspondant par son sommet au canal sous-orbitaire à sa terminaison. La paroi supérieure de ce canal est enlevée à l'aide de pinces tout le long du plancher de l'orbite, le nerf est extrait et appliqué à la face profonde du lambeau génien.

3^e Temps. — 1^o Sur la lèvre intérieure de l'encochure faite au rebord orbitaire, je taille au ciseau une aiguille osseuse comprenant ce rebord orbitaire et se continuant avec la base de l'apophyse montante que je sépare ainsi du corps du maxillaire ; 2^o je taille sur la lèvre externe de l'encochure une deuxième aiguille osseuse, comprenant la portion malaire du rebord orbitaire et se

continuant avec le reste de l'os malaire. Puis, j'achève la séparation de l'os malaire d'avec le maxillaire ; 3^e détachement à la rugine de la muqueuse gingivo-palatine des gencives à la ligne médiane de la voûte et au bord adhérent du voile du palais, puis au ciseau section suivant le bord droit de la deuxième incisive, allant dans la direction de la ligne de séparation de l'os incisif avec le maxillaire, jusqu'au canal palatin antérieur. Ici la section osseuse est conduite en ligne droite, en arrière, séparant les deux apophyses palatines jusqu'au bord adhérent du voile du palais. Les 3 saillies osseuses que je conserve (os incisif, et les deux saillies osseuses du rebord orbitaire), sont destinées à former un trépied de support au lambeau jugal et à l'empêcher de s'affaisser.

4^e Temps. — Si la muqueuse palatine n'a pu être conservée, section au bistouri du voile du palais à son bord adhérent de dedans en dehors jusque près de l'apophyse ptérygoïde, abaissement brusque du maxillaire, saisie avec des pinces, rupture de ses adhérences à l'apophyse ptérygoïde, extirpation par mouvement de rotation, rabattement du lambeau jugal que les trois supports osseux maintiennent relevé.

Une observation de polype fibreux naso-pharyngien implanté sur l'apophyse basilaire et la partie latérale droite du pharynx opéré par ce procédé, est rapportée dans la thèse de M. Cartier (1). Le malade guérit. Il ne reste qu'une cicatrice à peine apparente dans le sillon de séparation de l'aile du nez et de la joue.

Ajoutons un procédé employé par M. Michel de Stras-

(1) *Loco citato*.

bourg pour l'ablation du maxillaire supérieur en conservant également la voûte palatine molle. Il arrache l'incisive médiane gauche, sépare soigneusement au ciseau les articulations de la partie palatine du maxillaire et des os palatins. Il détache avec précaution la muqueuse des os et des dents, et obtient ainsi une longue paroi membraneuse se prolongeant en arrière avec le voile, en dedans avec la muqueuse du côté opposé et libre en dehors, où elle doit contracter ultérieurement des adhérences avec la surface interne des joues (1).

(1) Thèse de M. MATHIAS DUVAL, *loco citato*.

Ablation totale du maxillaire supérieur. — Restauration de la cavité buccale à l'aide de la muqueuse gingivale.

Parmi les procédés d'ablation totale du maxillaire que nous avons énumérés jusqu'ici, les uns laissent une large perte de substance à la voûte palatine, les autres comblent cette perte de substance en suturant à la joue la fibro-muqueuse palatine, décollée des os qui la supportent. Les premiers sont insuffisants, les seconds sont difficiles, lorsque l'opérateur réussit à décoller la muqueuse. Les procédés de Gensoul, Velpeau, Lisfranc rentrent dans la première catégorie ; ceux de Langenbeck, Ollier, Létiévant doivent être classés dans la seconde.

C'est pour remédier à ce double inconvénient que M. le Docteur Leprévost a imaginé un procédé procurant tous les avantages de la seconde méthode, sans en avoir la difficulté opératoire. Au lieu de décoller la muqueuse palatine pour la suturer à la joue, ce qui ne se fait pas sans peine, car souvent cette muqueuse très adhérente à l'os se déchire, il a proposé, à la Société de chirurgie dans la séance du 13 juillet 1889, le décollement de la muqueuse gingivale et la suture de cette membrane à la muqueuse, qui tapisse l'apophyse palatine du maxillaire laissé en place.

Nous extrayons de la communication faite par M. Leprévost l'observation d'un malade, atteint de polype na-

so-pharyngien, opéré par ce procédé. Nous y ajouterons l'histoire d'un second malade atteint de la même affection, opéré de la même manière. Dans les deux cas les résultats furent excellents. De là nous vint l'idée de comparer ce mode opératoire à ceux employés antérieurement dans le même but.

OBSERVATION I.

M. Alb. Pecq..., âgé de 17 ans, est reçu à l'hospice général du Havre, salle St-Gabriel, lit n° 7, le 30 janvier 1889. Deux mois avant son entrée dans le service, le diagnostic de polype naso-pharyngien avait déjà été porté.

A cette époque cependant le doute était encore permis, il n'existait pas de tumeur pharyngienne proprement dite et le doigt recourbé en crochet derrière le voile du palais ne fournissait que des indications assez confuses, seulement les deux narines étaient obstruées, la gauche plus complètement par des productions rougeâtres, sur lesquelles des tentatives d'extraction avaient été faites successivement par deux médecins et avaient provoqué d'abondantes hémorrhagies. Le malade ne pouvait respirer par le nez, il dormait bruyamment, la bouche ouverte, et souvent le matin au réveil vomissait un peu de saug ; des épistaxis spontanées se produisaient de temps à autre et le malade avait sensiblement maigri et pâli depuis le début du mal qu'il fait remonter à 4 mois environ.

Les parents tout d'abord repoussèrent la proposition de tenter par la voie nasale l'extirpation de la tumeur. Au bout de quelques semaines cependant, en présence de l'aggravation du mal, ils réclamèrent l'intervention du chirurgien. A ce moment, il n'existait pas encore de déformation marquée de la face, seule, la narine gauche soulevée par une masse rougeâtre, saignante et ichoreuse, commençait à se déformer. La respiration était impossible par le nez, la voix était amygdalienne et la déglutition très gênée : de

plus, l'enfant était souvent réveillé la nuit par des accès d'oppression plus ou moins durables, mais toujours très pénibles.

Sa bouche ouverte montre que le voile du palais est fortement refoulé en avant par une volumineuse tumeur qui dépasse son bord libre d'un centimètre au moins. Cette masse présente à sa face antérieure une sorte d'ulcération grisâtre ; elle est dure, insensible au toucher, sa face postérieure s'applique exactement à la paroi postérieure du pharynx, et le doigt introduit dans la gorge ne peut ni la contourner, ni la mobiliser. Le volume de cette masse, l'impossibilité de préciser ses implantations, la gravité des phénomènes généraux déterminèrent mon choix en faveur de l'extirpation par la voie maxillaire. Cette opération fut pratiquée le 2 février.

La résection du maxillaire fut faite selon les règles ordinaires, et suivant le tracé de Blandin ; j'apportai seulement plus de précaution dans la dissection du lambeau génien, dont les adhérences gingivales furent décollées vivement avec la rugine, dans toute leur hauteur, à partir du collet des dents.

Le maxillaire, une fois enlevé, mit à découvert la plus grande partie du polype naso-pharyngien ; je dus néanmoins, pour me donner plus de jour, inciser le voile du palais sur la ligne médiane jusqu'au voisinage de son bord libre. La tumeur envoyait des prolongements dans les deux fosses nasales, mais sans y contracter d'adhérences solides ; son point d'implantation était exclusivement basilaire, et je dus pour le mobiliser et l'extraire, faire laborieusement, à l'aide d'une rugine, la décortication de cette apophyse dont le périoste se confondait intimement avec la tumeur. Je cautérisai ensuite au fer rouge, à plusieurs reprises, tous les points suspects, et je me rendis maître, sans trop de peine, de l'hémorrhagie qui avait été très abondante pendant toute cette partie de l'opération.

Je pratiquai ensuite les sutures de la plaie sous-orbitaire et de l'incision jugale, puis, juxtaposant la muqueuse vestibulaire à la muqueuse palatine, décollée avec une spatule sur une étendue de 4 à 5 millimètres, je pratiquai avec le crin de Florence une vingtaine de sutures, d'abord sur l'incision palatine transverse, puis

successivement sur l'incision antéro-postérieure du voile et de la voûte palatine, et sur la lèvre supérieure.

Je ne placai dans la narine gauche ni tampon, ni drain, comptant sur l'écoulement des liquides pendant le décubitus dorsal, auquel le malade fut condamné.

L'opéré fut alimenté dès les premiers jours qui suivirent l'opération : il déglutit facilement et ne vomit pas.

La température resta constamment normale et lorsque, le cinquième jour, j'enlevai les sutures tant faciales que palatines, la réunion était complète, sauf au voisinage de la lnette, où un point de suture ayant lâché, une fistulette s'était produite ; cette minuscule ouverture guérit spontanément au bout de quelques jours.

Le 16^e jour de l'opération, le malade se disposait à quitter l'hôpital, quand il remarqua le matin au réveil, un peu d'œdème de la paupière inférieure. Le gonflement augmenta le lendemain, et un petit abcès se produisit au niveau de l'angle interne de l'œil, qui fut incisé sur le trajet de la première cicatrice. A des intervalles variables depuis cette époque, un peu d'œdème se produit au niveau de la paupière inférieure et disparaît spontanément. Ce léger gonflement palpébral a été le seul incident digne de remarque jusqu'à la fin de mai dernier, où l'examen de la fosse nasale gauche me fit reconnaître, pour la première fois, l'existence d'une petite masse flottante, que j'arrachai sans trop de difficulté avec une pince à polype. Malheureusement cette masse, dont l'aspect est celui d'un polype muqueux, n'a pu, pas plus que la tumeur initiale, être examinée au microscope.

Le jeune malade a retrouvé des forces ; il a repris ses occupations de bureau, mais il est prévenu de la repullulation possible de la tumeur, et vient se soumettre régulièrement à mon examen.

4 septembre 1889. — Aucune production nouvelle ne s'est montrée ; l'état général et l'état local sont toujours des plus satisfaisants ; mais comme 6 mois à peine se sont écoulés depuis l'opération, il y a lieu de tenir encore le jeune malade en observation.

La tumeur n'avait point récidivé au début de l'année actuelle, époque à laquelle le malade mourut de tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION II.

*Résection du maxillaire supérieur. — Restauration de la
voûte palatine.*

L. G., âgé de 22 ans, entre le 17 décembre 1891 dans le service de M. le docteur Leprévost.

Le malade n'a pas connu ses parents. — Il eut une fièvre typhoïde en 1886 et une pneumonie en décembre 1890. Il était d'ordinaire bien portant. Vers le mois d'avril 1890, il commença à s'apercevoir qu'il éprouvait de la gêne à respirer par le nez. Cette gêne se manifestait surtout lorsqu'il voulait courir ou faire un travail pénible. C'est aussi à cette époque qu'on lui fait remarquer qu'il ronfle pendant son sommeil, ce qu'il n'avait jamais fait auparavant. Ces ronflements s'accrurent progressivement au point que le malade alors soldat, dut être isolé. Il n'éprouvait encore aucune douleur ; ce n'est que depuis le mois de novembre dernier qu'il souffre dans la narine gauche. Ces douleurs augmentent beaucoup d'intensité lorsqu'il baisse la tête et elles s'irradient par ce mouvement à tout le pourtour de l'orbite correspondante.

La déglutition ne fut et n'est encore que peu gênée. Dès le début, la respiration était difficile par le nez ; cette gêne respiratoire s'accroît progressivement. — Au mois de septembre, la narine gauche est complètement obstruée et des phénomènes analogues se produisent à droite avec une intensité moindre ; de ce côté l'obstruction n'est pas absolue.

Dès que la fosse nasale du côté gauche fut tout à fait fermée, un pus blanchâtre, fétide, s'en écoula d'une façon continue. Ces mucosités s'échappaient à l'insu du malade, sans être provoquées par le moindre effort, pendant la marche et surtout durant le sommeil, au point que chaque jour il était nécessaire de changer la taie d'oreiller. Depuis trois semaines, ces écoulements d'odeur repoussante affluent avec une abondance beaucoup plus grande.

L'aile du nez qui était jusqu'alors fortement déjetée en dehors et formait un gonflement assez considérable, est notablement re-

venue sur elle-même. Néanmoins il existe encore une tuméfaction très appréciable. On ne remarque rien de semblable à droite. La narine droite restée perméable jusqu'au jour de l'opération n'a donné lieu à aucun écoulement.

Le malade a de fréquentes épistaxis et chaque jour de violents maux de tête. C'est dans cet état qu'il est entré à l'hôpital.

A l'examen de la face on voit que les narines sont étalées ; c'est surtout à gauche que l'on remarque une tuméfaction soulevant l'aile du nez correspondante et effaçant à peu près complètement le sillon naso-jugal. L'air ne peut passer du côté gauche et très difficilement du côté droit en faisant effort. Le voile du palais est rouge, tendu, fortement abaissé ; le doigt peut toutefois assez facilement le déprimer. Si l'on introduit l'index derrière le voile du palais dans la cavité naso-pharyngienne, on constate la présence d'une tumeur dure, se laissant un peu déplacer et remplissant toute la moitié gauche de cette cavité.

Opération le 25 décembre 1891.

Le polype était implanté par une large surface sur la face inférieure de l'apophyse basilaire et sur le bord postérieur du vomer. Il fut détaché non sans peine à l'aide des doigts et d'une rugine et enlevé d'un seul morceau. Un de ses lobes plonge profondément dans le pharynx. Les points d'implantation furent fortement cautérisés au thermocautère.

Le malade ne perdit durant toute l'opération, qui dura environ cinq quarts d'heure, qu'une médiocre quantité de sang. Aucune ligature n'est faite ; l'hémostase est assurée par le tamponnement de la cavité à l'aide de petits bourdonnets de gaze iodoformée réunis par un fil en queue de cerf volant. De nombreux points de suture réunissent le lambeau musculo-cutané aux parties correspondantes, le petit lambeau muqueux gingival trop étroit pour combler toute la perte de substance causée par l'ablation de la voûte, est libéré au bistouri par dissection de la muqueuse de la joue. Des points de suture au crin de Florence le réunissent au voile du palais, à la muqueuse palatine et à la muqueuse labiale. Pansement compressif.

Les suites de l'opération furent très simples. Le malade put

être facilement alimenté par la bouche avec du lait, du bouillon, du champagne, etc.. Au bout de cinq jours, le malade se plaint d'une douleur au niveau du rebord sous-orbitaire ; le pansement est levé, un petit abcès s'est formé en ce point. On enlève quelques sutures pour donner issue au pus et on applique un nouveau pansement.

Trois jours après, ablation des points de sutures cutanée et palatine. La réunion est parfaite, sauf au point sous-orbitaire dont nous avons parlé, encore ce petit abcès est-il déjà en voie de guérison.

A sa sortie de l'hôpital le 25 février 1892, le malade est tout à fait guéri. La face est à peine déformée, l'œil est bien en place et les larmes s'écoulent par leur voie ordinaire redevenue perméable après avoir été un moment obstruée. La voûte palatine est légèrement abaissée dans sa moitié gauche. C'est là incontestablement un succès brillant qu'aucun autre procédé opératoire n'eût pu procurer. Le polype ainsi enlevé pesait 70 grammes et présentait le volume d'un œuf de dinde. Son ablation n'a donné qu'une hémorrhagie insignifiante, car il a été enlevé en entier sans avoir été morcellé. En eût-il été de même si la voie d'accès eût été moins large et eût obligé l'opérateur à diviser la tumeur ?

Bien que nous ne puissions encore affirmer qu'il n'y aura pas de récurrence, nous avons tout lieu de l'espérer. L'âge du malade est en effet celui de régression des polypes naso-pharyngiens et pourtant celui-ci paraissait en pleine voie d'évolution lorsqu'il fût enlevé. La guérison a donc été obtenue dans un cas où, sans intervention chirurgicale, le malade fût peut-être mort d'hémorrhagie ou de propagation au cerveau.

Cette méthode, on en peut juger, offre tous les avantages des procédés d'ablation du maxillaire les plus parfaits. Elle est simple et d'une exécution facile, le lambeau muqueux gingival est toujours aisé à décoller, et s'il se trouve un peu étroit, il est toujours possible d'augmen-

ter son étendue en débridant légèrement la muqueuse de la joue qui lui fait suite. On obtient ainsi un voile, qui sépare complètement la cavité buccale des fosses nasales, et permet d'alimenter le malade dès le jour de l'opération. Ce n'est pas un mince bénéfice, car l'on sait combien sont anémiés ces malheureux. Au point de vue de la phonation, il est aussi d'un grand intérêt de pouvoir restaurer la voûte palatine, et les deux opérés de M. le docteur Leprévost recouvrèrent promptement un timbre normal. Ce palais membraneux ne tarde pas à acquérir une certaine consistance, et un mois après l'opération ces deux malades pouvaient manger aussi aisément qu'auparavant. Nous avons vu qu'il était très légèrement abaissé, et l'application d'un appareil prothétique serait assurément très facile. On ne recherche point par cette méthode à refaire un squelette osseux, mais nous savons combien cet espoir est vain.

La voie d'accès que procure ce mode opératoire est aussi large que celle que donne n'importe quel autre procédé. Il permet donc de prévenir les hémorrhagies. Les cicatrices cachées dans les replis naturels de la face sont très peu apparentes, la joue est peu aplatie et le globe oculaire n'est point déplacé. Nous avons là un moyen commode de nous créer à peu de frais une large brèche à travers les os de la face toutes les fois qu'il sera nécessaire. S'il survenait une récurrence, il ne faudrait pas hésiter, croyons-nous, à se rouvrir la voie et à la refermer après une seconde opération.

Ce procédé économique de restauration de la voûte palatine, a encore été employé par M. le docteur Le-

prévost dans une autre circonstance. Une malade avait une perforation de la voûte du palais, d'origine spécifique. Cette perforation siégeait le long du rebord alvéolaire, au niveau des première et seconde petites molaires. Il suffit pour combler cette perte de substance, d'arracher les dents correspondantes, de décoller la muqueuse gingivale, qui fut ensuite rabattue et suturée à la muqueuse palatine, avoisinant les bords de l'orifice. Le résultat fut bon, néanmoins une petite fistule subsista qu'il eût été facile de fermer, si la malade eût voulu se soumettre à une seconde opération.

Le même chirurgien employa encore son procédé pour fermer la communication, établie entre la cavité buccale et le sinus maxillaire, par l'extraction d'un séquestre du rebord alvéolaire. Cette fois il ne réussit pas, car la nécrose avait déjà envahi le reste du maxillaire.

M. le docteur Tuffier, à l'obligeance duquel nous devons les deux observations qui suivent, a employé en deux circonstances la méthode que nous préconisons. Dans les deux cas les résultats furent excellents : dans le premier il s'agissait d'enlever un kyste paradentaire du maxillaire supérieur, la restauration palatine ne pût être obtenue lors de la première tentative opératoire, mais fut parfaite après la seconde. Ce fait en apparence défavorable prouve, ce que nous avançons tout à l'heure, que la réunion est possible après une opération entreprise pour l'ablation d'une tumeur récidivée.

OBSERVATION III.

Kyste paradentaire du maxillaire supérieur. — Résection atypique et ablation de la tumeur. — Uranoplastie secondaire.

M. C... couturière, âgée de 23 ans, entrée à l'hôpital Cochin le 28 août 1890 dans le service de M. Tuffier, a toujours joui d'une bonne santé. Sa mère actuellement vivante se porte bien. Elle a eu dans sa jeunesse une tumeur de l'épaule gauche qui, opérée, n'a jamais récidivé.

Voilà huit ans, notre malade s'aperçut qu'elle avait une grosseur occupant la partie supérieure de la joue gauche. Depuis cette époque, la tumeur a augmenté lentement, progressivement, sans réaction, sans douleur et sans gêne.

Aujourd'hui la joue gauche est déformée et fait une saillie arrondie, de la grosseur d'un œuf, continuant la saillie de la pommette. A l'examen de la bouche, cette tumeur comble le sillon gingival et soulève la gencive. La voûte palatine n'est pas déformée. La peau simplement soulevée n'offre aucune adhérence. La tumeur fait corps avec le maxillaire supérieur. Elle est de consistance dure, sauf à sa partie inférieure où elle donne une sensation d'élasticité. Au près du rebord orbitaire existe un enfoncement brusqué, en forme de trou, de 4 à 5 millimètres de diamètre.

Rien du côté de l'œil.

La tumeur n'est douloureuse ni spontanément ni à la pression. Aucune gêne fonctionnelle, état général excellent. Pas de troubles de dentition.

2 septembre. — L'opération est pratiquée de la façon suivante : Trois incisions limitent un large lambeau, comme pour la résection totale. Ce lambeau détaché de l'os est rabattu, la face externe du maxillaire est mise à nu. La muqueuse gingivale est décollée de dehors en dedans. Résection de la paroi antérieure du maxillaire supérieur et de la voûte palatine avec la cisaille. Mise à jour d'une cavité anfractueuse, aréolaire, à parois rouges, tomenteuses, contenant un liquide clair et filant.

Décortication des parois de la cavité. Les parois du kyste, lamelleuses, infiltrées de substance calcaire, se décollient facilement et l'on voit nettement qu'il a une paroi propre. Il n'a pas été établi nettement s'il s'est développé dans le sinus maxillaire ou par refoulement de la paroi antérieure de ce sinus.

De nombreux débris osseux sont retirés avec une dent molaire enclavée dans la paroi inférieure du sinus.

La cavité qui en résulte est à parois parfaitement lisses et a les dimensions d'un œuf.

Hémorrhagie arrêtée par compression.

Réunion complète sans drainage.

4. — Ablation de quelques points de suture.

7. — Ablation de presque toutes les sutures.

8. — Les dernières sutures sont enlevées, celles de la voûte palatine n'ont pas toutes tenu.

22. — La malade est guérie. L'enfoncement au niveau de la joue n'est pas très considérable ; une ouverture du diamètre du petit doigt fait communiquer la bouche avec la cavité de l'ancien kyste, et nécessitera une intervention ultérieure.

Novembre. — Uranoplastie. A cette époque, l'ouverture que nous signalions a diminué d'étendue, ce n'est plus qu'une fente antéro-postérieure, étendue sur toute la longueur du palais à la place du rebord gingival.

12 décembre 1890. — Avivement des bords de la perforation. Décollement au bistouri de la muqueuse de la joue et à la rugine de la fibro-muqueuse palatine. Sutures au crin de Florence.

Ablation des sutures le 7^e jour. Une petite portion du lambeau s'est nécrosée et laisse un trajet fistuleux donnant accès dans l'ancienne cavité du kyste.

28. — Le petit trajet fistuleux s'est fermé spontanément.

4 janvier 1891. — La malade quitte l'hôpital, complètement guérie.

OBSERVATION IV.

Epulis volumineuse du maxillaire supérieur. — Mobilisation d'un lambeau de la joue. Guérison. — Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

Début il y a 5 ans.

En examinant la malade on trouve une saillie de la joue du côté droit, correspondant au bord libre de la lèvre supérieure et descendant jusqu'au niveau du bord horizontal de la lèvre inférieure. En relevant la lèvre supérieure, on trouve une tumeur du volume d'une mandarine, implantée par une base de trois centimètres, correspondant assez exactement à la première molaire. Le fait le plus curieux c'est que la mâchoire inférieure est dépourvue de dents sur tout le côté correspondant, et la tumeur s'y est creusée une vaste loge pour permettre à la bouche de se fermer; elle a usé la gencive et l'os sous-jacent, si bien que le maxillaire n'est représenté que par une bande osseuse correspondant à son bord inférieur. Cette tumeur est ronde, dure, lisse, sans ulcération, solidement implantée sur le maxillaire supérieur.

Nous portons le diagnostic d'épulis.

Opération le 26 février 1890 à l'hôpital Cochin. Incision de la commissure en arrière dans une étendue de quatre centimètres, dissection d'une collerette fibreuse sur le pédicule, au niveau du bord alvéolaire du maxillaire supérieur, résection de l'os sous-jacent et extirpation de la tumeur. La large brèche ainsi créée est comblée de la façon suivante : dissection et libération du bord externe du périoste, du maxillaire et de la muqueuse de la joue, dans l'étendue de deux travers de doigts, mobilisation de ce lambeau qui est suturé au périoste de la voûte et au voile, comblant ainsi la perte de substance. Six points de suture, réunion par première intention. On enlève les fils au quatrième jour. Résultat opératoire parfait.

L'examen de la tumeur fait par M. Toupet fit reconnaître un fibrome avec des travées osseuses.

La malade a été revue récemment. Pas de traces de récidence ; la cicatrice a disparu, la joue n'est pas déformée. Pas de sensibilité de la voûte palatine. Un appareil prothétique remplaçant les dents, mettrait la malade dans un état excellent au point de vue fonctionnel.

Nous sommes arrivés précédemment à cette conclusion que dans tout polype naso-pharyngien volumineux, la voie d'accès la meilleure était la voie maxillaire. Nous basant sur l'ensemble de faits énumérés plus haut, il nous est permis maintenant de compléter cette conclusion. Nous pouvons ajouter que dans ce cas le procédé que nous préconisons doit être choisi à l'exclusion de tous les autres ; nous en avons donné les raisons.

Il présente d'ailleurs nombre d'autres applications ; il trouvera son emploi dans tous les cas de tumeur maxillaire, ainsi que dans ceux où il sera nécessaire de combler une perte de substance de la voûte palatine de quelque nature qu'elle soit.

CONCLUSIONS

- 1° Le polype naso-pharyngien est une affection de l'adolescence, dont le pronostic est presque toujours fatal, quand on l'abandonne à lui-même.
- 2° L'opération préliminaire large est absolument indiquée, dans le cas de polype naso-pharyngien de quelque volume.
- 3° Pour les polypes de volume moyen la méthode de choix est la voie nasale par le procédé de Boeckel.
- 4° Dans le cas de polype volumineux à prolongements multiples, on aura recours à l'ablation totale du maxillaire supérieur, par le procédé que nous avons décrit.
- 5° La largeur de la voie d'accès créée, permettant une extirpation radicale en une séance, on est autorisé à faire d'emblée la restauration de la voûte palatine.
- 6° Le danger de mort par hémorrhagie, provenant surtout de l'ablation du polype se trouve diminué par cette méthode opératoire, qui est de toutes, celle qui permet l'extirpation la plus rapide.

7° Les résultats de cette méthode sont bons, son exécution est facile, et par le procédé que nous décrivons les désavantages qu'elle entraîne sont relativement de peu d'importance.

Le Doyen,
BROUARDEL

Vu :

Le président de la thèse,
A. LE DENTU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot, Saint-Dizier (Haute-Marne), 30, Passage Verdeau, Paris.
